

Année 1904

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 30 Juin 1904, à 4 heures

PAR

Octave GENEVOIX

LES URÉTHRITES
CHEZ LES PETITS GARÇONS
ÉTUDE CLINIQUE ET MÉDICO-LÉGALE

PRÉSIDENT : M. HUTINEL, Professeur.

JUGES	{	MM. TROISIER,	{	Agrégés.
		DUPRÉ,		
		MÉRY,		

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente)

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	BERGER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT.
Médecine légale	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentée	DEJERINE.
	CHANTEMESSE
	DEBOVE.
Clinique médicale	LANDOUZY.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
	TERRIER.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	PINARD.
	BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice

MM.			
ACHARD.	DESGREZ.	LAUNOIS.	RIEFFEL, chef
AUVRAY.	DUPRE.	LEGRY.	des trav. anat.
BEZANÇON.	FAURE.	LEGUEU.	TEISSIER.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	LEPAGE.	THIERY.
BROCA (Aug.).	TOURETTE.	MARION.	THIROLOIX.
BROCA (André.)	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
CHASSEVANT.	GOUGET.	MERY.	VAQUEZ.
CUNEO.	GUIART.	POTOCKI.	WALLICH.
DEMEIN.	HARTMANN.	REMY.	WALTHER.
	JEANSELME.	RENON.	WIDAL.
	LANGLOIS.	RICHAUD.	WURTZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE MÉDICALE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A LA MÉMOIRE RESPECTÉE
DE MONSIEUR LE DOCTEUR BRUN

PROFESSEUR AGRÉGÉ À LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

(année 1897, 1^{er} semestre)

MONSIEUR LE DOCTEUR SÉBILEAU

PROFESSEUR AGRÉGÉ À LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

(année 1897, 2^e semestre)

MONSIEUR LE DOCTEUR Edg. HIRTZ

MÉDECIN DES HÔPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

(année 1898)

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANDOUZY

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

(année 1900, 1^{er} semestre)

MONSIEUR LE DOCTEUR Edg. CHEVALIER

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

(année 1900, 2^e semestre)

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

(année 1901, 1^{er} semestre)

MONSIEUR LE PROFESSEUR GRANCHER

PROFESSEUR DE CLINIQUE INFANTILE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

(année 1901, 2^e semestre)

MONSIEUR LE DOCTEUR MÉRY

PROFESSEUR AGRÉGÉ À LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MÉDECIN DES HÔPITAUX

(année 1901, 2^e semestre)

MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUET

MÉDECIN DES HÔPITAUX

(année 1902)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

On a beaucoup écrit sur les vulvo-vaginites des petites filles ; mais, dans les différents Traités de pathologie infantile, les auteurs ne consacrent qu'un article très court aux urétrites survenant chez les petits garçons.

Nous nous sommes demandé si ces affections ne sont pas plus fréquentes que les auteurs ne semblent le dire et nous avons recherché dans la littérature médicale française et étrangère, tout ce qu'on a publié sur ce sujet. Nous avons pu réunir ainsi de très nombreuses observations dont les plus intéressantes sont rapportées dans notre travail : elles nous ont permis de classer les urétrites des petits garçons, de déterminer leur étiologie et leur pathogénie ; de les comparer, dans leurs symptômes et leurs complications, aux urétrites de l'adulte ; enfin d'en tirer quelques considérations médico-légales.

Nous avons divisé les urétrites des petits garçons en : 1^o *urétrites non gonococciques* et 2^o *urétrites avec gonocoques ou urétrites blennorrhagiques*. Ces dernières, de beaucoup les plus nombreuses, sont presque

toujours dues à une contagion vénérienne : coït entre petits garçons et petites filles et attentats commis par des femmes sur des petits garçons. Nous verrons que ces urétrites blennorrhagiques présentent la même ténacité et les mêmes complications que la blennorrhagie des adultes.

Avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis d'exprimer tous nos remerciements aux maîtres qui ont bien voulu nous guider dans le cours de nos études médicales et nous accepter comme élève.

Nous leur avons dédié ce travail en témoignage de notre sincère gratitude et de notre profonde reconnaissance.

M. le Dr J. HALLÉ, ancien chef de clinique infantile à la Faculté, nous a inspiré ce travail ; qu'il daigne recevoir tous nos remerciements pour les bons conseils et les excellentes leçons qu'il nous a donnés.

M. le PROFESSEUR HUTINEL nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous le prions d'agréer l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

CHAPITRE I

Historique

L'étude des urétrites chez le petit garçon est de date récente ; les vieux auteurs qui connaissaient du reste fort mal les urétrites, ne mentionnent même pas cette affection chez l'enfant. En 1517, CATANEUS, en 1527, J. DE BETHENCOURT qui semblent avoir, les premiers, parlé de la blennorrhagie, sont muets sur ce sujet.

C'est au XVIII^e siècle que nous trouvons mentionnés pour la première fois, des écoulements urétraux chez de jeunes garçons : HUNTER et SWIEDAUR, en 1786, signalent des écoulements puriformes de l'urètre survenus chez des garçons pendant la dentition. HUNTER, même, a noté dans un cas que cet accident se reproduisait à chaque éruption d'une nouvelle dent. A cette époque, on sait combien les accidents de la dentition avaient de place dans la pathologie infantile et on voit même que les suppurations urétrales étaient rangées parmi les manifestations morbides liées au travail dentaire.

Plus tard, nous trouvons signalés au début du

xix^e siècle, les écoulements urétraux des nouveau-nés ; mais à cette époque, on confond sous le nom d'affections vénériennes toutes les inflammations des organes génitaux ; c'est ainsi que BERTIN, en 1810, distingue, chez les nouveau-nés, les écoulements vénériens de ceux qui sont purement muqueux. Dans son esprit, l'écoulement vénérien devait être synonyme d'écoulement purulent.

En 1813, J. CAPURON revient sur les urétrites des enfants, au moment de la dentition. « J'ai vu, dit-il, que des enfants des deux sexes essuient quelquefois, pendant la dentition, par les parties de la génération, un écoulement d'une matière puriforme en tout semblable à une soi-disant gonorrhée. » CAPURON paraît être le premier auteur qui parle des urétrites *ab ingestis*. Il incrimine en effet, les substances « acrimonieuses » qui, prises intérieurement, sont capables de produire les mêmes symptômes que la blennorrhagie. Enfin, sans en donner d'exemple, il cite les petits vers, « ascarides, » qui, par l'irritation qu'ils occasionnent dans le rectum peuvent donner lieu à un écoulement.

En 1821, RAYER, dans son mémoire sur les « *Inflammations non virulentes de la membrane muqueuse des organes de la génération chez les enfants* » publie 29 observations tirées de sa pratique ou des ouvrages dans lesquels il est parlé de cette maladie ; il reconnaît 5 espèces d'inflammations ;

1^o L'inflammation idiopathique (résultant de causes locales directes).

2° Sympathique (développée à la suite de l'irritation de la muqueuse digestive pendant la 1^{re} ou la 2^{me} dentition.

3° Constitutionnelle (liée au tempérament lymphatique ou scrofuleux.)

4° Métastatique (survenue après la disparition subite d'une autre inflammation).

5° Virulente.

Il compare ces 4 formes à l'espèce virulente résultant d'une infection héréditaire ou contractée.

Ce mémoire de Rayet est intéressant par le nombre des observations, par les réflexions judicieuses qui les accompagnent et par les efforts qu'a faits l'auteur pour distinguer les espèces d'après la nature de l'inflammation. Rayet semble donc avoir nettement séparé les urétrites virulentes des inflammations provenant d'un état général pathologique ou d'une diathèse.

Il semble qu'alors certaines urétrites aient été observées à la suite de corps étrangers et en particulier de calculs : en 1821, PATISSIER rapporte une observation de cette nature.

Vient ensuite une longue période où les documents sont rares et sans grande valeur, et il faut arriver à la découverte de Neisser, en 1879, pour que la question prenne de nouveau un réel intérêt. Cependant, les examens bactériologiques se firent attendre encore longtemps ; c'est ainsi qu'en 1884, M. le Dr BOUILLET, de Béziers, constate chez un enfant de 5 ans une urétrite qu'il croit blennorrhagique ; mais il reconnaît n'avoir fait ni examen bactériologique ni

d'inoculation à un urètre sain. Pour lui, la seule preuve de blennorrhagie est que cette urétrite a été guérie par l'ingestion de cubèbe, médicament qu'il considère comme spécifique. Ajoutons que le Dr Bouillet était arrivé à découvrir que cet enfant avait couché avec une bonne de mœurs légères. Il avait ainsi pensé à une contagion directe possible et la blennorrhagie, pour lui, n'était pas douteuse. Toutefois, l'idée d'une blennorrhagie chez un petit garçon paraissait encore bien invraisemblable à cette époque, puisque l'Académie Royale de Belgique à laquelle le Dr Bouillet avait soumis son cas, n'a pas admis ses hypothèses et son interprétation.

Nous rapportons plus loin cette observation résumée ; elle est intéressante car c'est la première qui ait incriminé, chez le petit garçon, la blennorrhagie due à une contagion directe dans un attentat à la pudeur.

En 1885, CsÉRI semble être le premier auteur qui ait démontré l'existence de la blennorrhagie chez les petits garçons ; il cite en effet deux observations d'urétrite gonococcique avec examen bactériologique positif.

En 1888, le Dr EROS, de Budapest, rapporte un cas de blennorrhagie chez un enfant de 19 mois, mais sans examen bactériologique.

La même année, RÔNA, qui était persuadé que ces derniers auteurs avaient raison d'incriminer la blennorrhagie, enregistra et publia 14 observations personnelles, dont l'examen bactériologique montra

14 fois le gonocoque. (Nous les avons toutes traduites et rapportées dans notre travail.)

Depuis cette époque, certains auteurs allemands et américains se sont appliqués à rechercher l'urétrite chez le petit garçon et ils en ont publié de nombreux cas. En France, ce sujet a sans doute moins intéressé les médecins, car les observations sont assez rares.

Il nous faut signaler cependant les observations très intéressantes de VARIOT ET LAZARD (1894), de LOP (1895), de VIGER (1894), de STRAUS (1899), le mémoire de CHAUMIER (1895), et enfin une observation publiée récemment (1903) par M. BARTHÉLEMY, interne provisoire à l'Hôpital des Enfants-Malades.

CHAPITRE II

Nous diviserons les urétrites des petits garçons en deux grands groupes :

Le premier comprend les urétrites non gonococciques, elles-mêmes de causes très différentes.

Le second étudie les urétrites dans lesquelles il est possible de déceler le gonocoque de Neisser, quel que soit du reste le mode de transmission de l'agent pathogène.

Urétrites non gonococciques

Les urétrites non gonococciques des petits garçons peuvent être dues aux causes suivantes :

Les unes relèvent d'une maladie infectieuse spécifique, à localisation insolite sur l'urètre : le type le plus remarquable de cette variété est représenté par la *tuberculose de l'urètre* qui s'accompagne parfois d'un écoulement séreux ou purulent, méritant bien le nom d'urétrite.

D'autres sont dues à une localisation métastatique

au cours d'une maladie infectieuse ; nous ne connaissons guère qu'une seule maladie donnant lieu à cette variété d'écoulement : ce sont les *oreillons*.

Vient ensuite le groupe moins bien défini des urétrites de cause interne, diathésiques, liées à des troubles de nutrition générale (*Goutte, lymphatisme, arthritisme, etc...*).

A côté de ces dernières et relevant peut-être d'une même cause, on peut ranger les inflammations urétrales propagées à l'urètre par une inflammation des organes génitaux externes, telles que *l'impétigo, l'eczéma, l'herpès, etc.....*

Nous verrons aussi la part du traumatisme et de la masturbation dans la genèse de ces variétés d'écoulements urétraux non spécifiques.

A. — **Urétrites liées à la tuberculose de l'urètre**

La tuberculose de l'urètre antérieur, à la période d'état, donne lieu à un écoulement purulent ou puriforme généralement peu abondant, séreux le plus souvent et ne ressemblant pas à un écoulement blennorrhagique ordinaire. Chez l'enfant, la tuberculose de l'urètre est peu fréquente. Cependant, quelques observations ont été publiées ne laissant aucun doute sur l'urétrite tuberculeuse des enfants. MM. les D^{rs} NOEL HALLÉ et MOTZ en ont publié un cas très démonstratif que nous rapportons *in extenso*. Cette

observation montre non seulement une urétrite tuberculeuse ; mais encore la possibilité du diagnostic bactériologique de cette affection, la présence d'un rétrécissement de l'urètre comme complication de la maladie, enfin, les heureux résultats d'une intervention chirurgicale.

OBSERVATION I

(Hallé et Motz)

En 1899, se présente à notre consultation, un enfant de 11 ans, amené par ses parents ; ceux-ci sont robustes et bien portants ; ils ont d'autres enfants en bonne santé : on ne relève, dans la famille, aucun antécédent suspect au point de vue bacillaire.

Depuis 8 mois, l'enfant se plaint d'un peu de douleur en urinant, sans fréquence marquée : l'urine est trouble, purulente, mêlée parfois de petits caillots sanguins noirâtres.

L'état général de l'enfant est bon : il est vif, joue, mange et dort bien.

A l'examen direct, l'urètre antérieur, dans toute son étendue palpable, depuis la base du gland jusqu'au bulbe, est dur, noueux, irrégulier, un peu douloureux au toucher.

La prostate est un peu grosse, avec de petites bosselures peu indurées, suspectes seulement, sur son bord droit : les vésicules sont saines.

La vessie se vide bien, indolente à la pression, peu sensible à la distension.

Le rein droit est très légèrement augmenté de volume, un peu sensible au palper.

A l'exploration du canal, la bougie n° 10 passe difficilement ; avec la boule exploratrice, on perçoit dans toute la longueur de l'urètre pénien, toute une série de ressauts et de dépres-

sions multiples, donnant une sensation toute spéciale de frottement râpeux ; on sent qu'on passe sur une surface rugueuse, très irrégulière, avec des points étroits, et cette exploration est très douloureuse.

L'urine est pâle, louche, acide ; le 1^{er} jet surtout est très trouble, et donne un sédiment purulent abondant, riche en bacilles de Koch, en gros faisceaux.

Diagnostic : tuberculose urinaire, très probablement prostatique et rénale droite, avec localisation certaine, ulcéreuse, sur toute la longueur de l'urètre pénien.

Le *traitement* général seul fut institué, et très régulièrement suivi : repos, suralimentation, bains salés, toniques, créosote ; saisons répétées au bord de la mer.

En 1900, au cours d'une amélioration progressive très réelle, produite par une notable augmentation de poids, pendant un séjour au bord de la mer, survient un incident notable.

Une tuméfaction volumineuse se forme assez rapidement dans le scrotum droit avec douleur et rougeur de la peau. Le médecin diagnostique une orchite, et incise.

Evacuation de pus assez abondant : puis écoulement d'urine par la plaie, qui devient fistuleuse.

Au retour de l'enfant, il nous fut facile de rectifier le diagnostic : le testicule et le cordon sont indemnes. Sur la partie droite et antérieure du scrotum, existe un orifice fistuleux, large, déprimé, relié directement à l'urètre dans l'angle péno-scrotal, par un cordon fibreux volumineux, dur et noueux. Dans la miction, la fistule laisse passer une notable quantité d'urine, le quart ou le tiers du jet. Il s'agissait donc bien d'un abcès scrotal d'origine urétrale, ouvert à la peau,

Malgré cette complication, l'état général et local continue à s'améliorer : les urines s'éclaircissent ; l'enfant grandit, grossit, se fortifie et reprend régulièrement ses études interrompues.

Mais dès 1901 les mictions deviennent plus pénibles : le

jet est fin et faible ; la fistule donne une plus grande quantité d'urine.

En résumé, des symptômes de rétrécissement urétral se manifestent et s'accroissent rapidement.

En février 1902, exploration du canal : on ne trouve plus le frottement rugueux du début : mais l'urètre pénien est étroit dans toute sa longueur, lisse, induré sans ressauts nets, et n'admet qu'avec peine une fine bougie n° 8. Plusieurs essais de dilatation progressive, très prudemment poursuivis par le médecin et le père de l'enfant, ne donnent aucun résultat durable : une bougie filiforme seule, et d'une manière très inconstante, peut traverser la région bulbaire où elle est étroitement serrée.

En avril 1902, urétrotomie interne ; section d'un rétrécissement dur sur une grande étendue du canal : sonde à demeure n° 14.

La dilatation progressive, continuée depuis, maintient difficilement le calibre urétral au n° 15 de la filière Charrière. La fistule scrotale persiste toujours, très réduite : les urines sont bonnes, à peine louches, même dans le premier jet. L'état général est excellent, les lésions prostatiques et rénales sont stationnaires.

MM. BÉRARD et TRILLAT ont rapporté un cas analogue de tuberculose de l'urètre :

OBSERVATION II

(Bérard et Trillat)

Enfant souffrant depuis longtemps de tuberculose génito-urinaire, avec cystite douloureuse et mictions pénibles. Ecoulement séro-purulent par l'urètre : à l'examen, l'urètre pré-

sente une grande quantité de rétrécissements des deux sortes : les uns dus à des ulcérations et à des cicatrices de la muqueuse ; les autres à des calculs situés sur toute la longueur de l'urètre surtout au niveau de la région prostatique. Ulcérations bacillaires de l'extrémité de la verge et induration des tissus péri-urétraux.

MOIZARD et BACALOGU rapportent également une observation de tuberculose génito-urinaire dans laquelle l'urètre, à l'autopsie, montrait des granulations tuberculeuses, sur toute l'étendue de la muqueuse. Malheureusement, l'observation est muette au sujet de l'écoulement urétral et des divers symptômes de cette localisation de la tuberculose. Les lésions étaient du reste si étendues et si diffuses qu'on comprend que l'urétrite tuberculeuse ait pu passer inaperçue au milieu de tous les autres symptômes de la maladie.

Il résulte de ce qu'on sait actuellement, grâce aux travaux de l'école de Necker et en particulier des travaux de MM. Noël Hallé et Motz, que l'urétrite tuberculeuse n'est pas exceptionnelle, que le plus souvent, elle se manifeste sous la forme d'un écoulement séreux ou séro-purulent, quelquefois intermittent.

Ces auteurs nous ont montré qu'il fallait savoir se méfier de tels écoulements, en l'absence de blennorrhagie évidente, ancienne ou récente, et qu'il était possible, en pareil cas, par l'examen bactériologique, d'affirmer, en présence du bacille de Koch, la nature tuberculeuse d'une urétrite. De plus, l'observation de

ces auteurs nous montre que, grâce à un diagnostic précoce, appuyé d'un examen bactériologique, il avait été possible d'instituer très promptement un traitement général approprié et de voir se limiter et même guérir une affection tuberculeuse génito-urinaire, maladie considérée le plus habituellement comme fatale.

Notons également la possibilité du rétrécissement de l'urètre tuberculeux chez l'enfant et les heureux résultats d'une urétrotomie interne, opération rarement pratiquée dans le jeune âge.

B. — Urétrites liées aux maladies infectieuses générales

Nous n'avons pas trouvé, signalées chez l'enfant, d'inflammations de l'urètre liées aux maladies infectieuses, telles que la rougeole, la scarlatine, la fièvre typhoïde, le paludisme, etc.

Le seul document que nous ayons relevé a trait aux oreillons. Encore n'avons-nous pas pu retrouver les observations complètes.

RILLIET et SANNÉ signalent 5 fois, chez des enfants atteints d'oreillons, un écoulement jaunâtre. Ces auteurs rapportent ces écoulements à des manifestations métastatiques des oreillons sur les glandes péri-urétrales (glandes de Cooper, glandes de Littre, etc.).

Cette question mériterait d'être reprise à nouveau.

C. — Urétrites diathésiques

Goutte. — Bien connue chez l'adulte, l'urétrite goutteuse a été signalée chez l'enfant. L'observation la plus probante est due à M. le D^r LEGENDRE.

Il s'agit d'un jeune garçon de 14 ans chez lequel survint spontanément une urétrite qui dura 12 jours et qui guérit très vite. Il n'y avait certainement pas eu coït et très probablement pas de masturbation : l'enfant étant surveillé de très près par sa famille. Il est très regrettable que l'examen bactériologique n'ait pas été fait. Toutefois, l'histoire de la maladie et son évolution ne sont pas en faveur de la blennorrhagie. M. Legendre se demande s'il ne s'agirait pas ici de ce que l'on a appelé « le rhume de cerveau de l'urètre » signalé parfois chez les goutteux et les arthritiques.

Cette observation a, cependant, été critiquée par M. Guiard, dans la séance du 9 février 1893 de la Société Médicale du IX^{me} arrondissement. M. Guiard croit que la plupart des urétrites dites goutteuses, sont le plus souvent des urétrites blennorrhagiques et cela parce que l'écoulement contient des gonocoques. Sans nier l'existence de l'urétrite goutteuse, il dit qu'on ne devrait jamais donner comme d'origine goutteuse une urétrite dont on n'a pas examiné la sécrétion au microscope. Cette critique très juste n'empêche pas que la démonstration de l'urétrite goutteuse

ne soit, à l'heure qu'il est, absolument faite de l'aveu des bactériologistes les plus compétents.

Herpétisme. Lymphatisme. Arthritisme. — Ces états diathésiques peuvent, par leurs manifestations, occasionner des urétrites. L'herpétisme qui semble présider à l'apparition de l'herpès préputialis serait capable, d'après Diday, de se localiser sur l'urètre en y produisant une inflammation assez vive. Cet herpès préputialis s'accompagne le plus souvent d'une vive rougeur, de cuisson, de gonflement du prépuce et d'un écoulement fétide qui se concrète en croûtes plus ou moins épaisses. De plus, ces états diathésiques président certainement chez certains enfants à l'évolution d'eczémas, d'impetigo du prépuce, amenant des balanites, balano-posthites, phimosis, et par suite des urétrites.

Nous remercions notre ami, le D^r F. DESCOTTES, de Bénévent (Creuse), qui a bien voulu nous transmettre une observation personnelle relative à un enfant atteint d'urétrite impétigineuse.

• OBSERVATION III

(D^r Descottes)

Dans les premiers jours de l'année 1902, je fus appelé à donner mes soins à un petit enfant de six mois qui était couvert d'impétigo.

Cet enfant, nourri au biberon, dans un milieu misérable et malpropre, faisait de l'athrepsie : ventre météorisé et énorme, membres étiques, figure ratatinée et vieillotte, criant

constamment; il avait une hernie ombilicale; enfin, parmi les placards impétigineux disséminés sur tout le corps, un d'entre eux siégeant sur le prépuce formant phimosis hypertrophique, attira particulièrement mon attention.

L'impétigo avait, en effet, envahi la muqueuse du prépuce et l'extrémité du gland à l'orifice urétral; il y avait balano-posthiste, donc urgence a des soins particuliers.

Quelques pansements humides et des lavages intra-préputiaux avec l'eau boriquée firent disparaître l'état inflammatoire.

Mais la cicatrice consécutive aux ulcérations impétigineuses du prépuce avait déterminé un rétrécissement considérable de l'orifice préputial et c'est alors qu'appelé de nouveau, et ayant débridé simplement l'ouverture préputiale (l'état général de l'enfant ne permettant pas une intervention plus radicale), je découvris chez ce pauvre enfant une urétrite aiguë, paraissant le faire souffrir beaucoup, surtout pendant la miction.

La miction dont je fus témoin fut précédée d'environ un plein dé à coudre de pus jaune, assez épais.

Le canal, à la pression, ne paraissait sensible que dans la portion antérieure.

Ecartant toute idée d'infection gonococcique chez un enfant si jeune, je fis faire quelques injections simplement émollientes. J'ordonnai des bains à l'eau boriquée. En quelques jours, l'urétrite avait disparu et la rapidité de son évolution me confirmait dans mon diagnostic d'urétrite aiguë provoquée par une infection mixte provenant d'un agent bactérien pyogène, très probablement le staphylocoque et d'autres éléments bactériens qu'on retrouve dans toutes les suppurations.

Nous rapportons un autre cas de ce genre cité par KOPLIK. Mais l'observation n'est pas aussi com-

plète que celle du D^r Descottes ; notons cependant que l'examen bactériologique a été fait.

OBSERVATION IV

(Koplik)

Un enfant de 9 ans est atteint d'un état impétigineux du prépuce et surtout du méat urinaire. En pressant le gland, une petite goutte de pus peut être exprimée de l'urètre.

Ce pus, à l'examen microscopique, contient de nombreux diplocoques isolés, n'offrant pas le groupement caractéristique des gonocoques de Neisser.

Nous ne savons rien au sujet de l'étiologie de cette affection.

L'observation du D^r BOUILLET dont nous avons déjà parlé, trouve sa place ici. Elle montre que l'on peut observer à la suite des phimosis et des balanites et balano-posthites, des urétrites aiguës, aidées par la rétention et qui guérissent généralement bien, par les soins d'hygiène et de propreté.

OBSERVATION V

(D^r Bouillet, de Béziers)

Il s'agit d'un enfant de 5 ans d'un tempérament lymphatique. A plusieurs reprises, cet enfant avait été atteint d'éruptions cutanées pour lesquelles ses parents avaient l'habitude de lui faire prendre des bains de mer. De plus, cet enfant était atteint de phimosis congénital. Sans causes appréciables, le

prépuce s'infecta et se gonfla ; son orifice libre se rétrécit et il devint impossible de le reporter en arrière de la couronne du gland. Douleur nulle ; miction facile, absence d'écoulement.

M. Bouillet diagnostique une simple balano-posthite et se borne à des injections émollientes et à des fomentations d'eau de Goulard. Ce traitement est continué pendant 6 jours et n'apporte aucune modification à la situation du jeune malade. Bientôt les choses changent de face. La miction devient douloureuse, la vessie se distend, les ganglions inguinaux s'engorgent, la verge se tuméfie, des érections se produisent et enfin il s'écoule de l'orifice libre du prépuce un liquide séro-muqueux très abondant.

M. Bouillet apprit, quelque temps après, que l'enfant avait couché avec une domestique de mœurs légères.

Sans doute, comme le fait remarquer M. Thiry, rapporteur de l'observation du Dr Bouillet, ce petit malade n'était atteint que de balano-posthite et d'urétrite consécutive ; ces affections pouvaient très bien survenir puisqu'il y avait un phimosis congénital non réductible qui s'opposait à l'application des soins de propreté ordinaires. De plus, le lymphatisme et l'herpétisme de l'enfant ne pouvaient qu'aider au développement de cette affection.

Il est certain qu'aujourd'hui avec ce que nous savons des urétrites chez les petits garçons, nous eussions davantage insisté sur la possibilité de contagion avec la domestique qui partageait le lit de l'enfant ; et la blennorrhagie ne nous eût pas étonné.

Urétrites ab ingestis. — Enfin, chez les jeunes

arthritiques à peau très susceptible, la muqueuse urétrale, ainsi du reste que d'autres muqueuses, peut être influencée par les aliments épicés ou excitants. Aussi est-il probable que les cas d'urétrite *ab ingestis* que nous avons recueillis sont apparus chez des sujets prédisposés à la diathèse arthritique.

En dehors, des aliments acides, épicés, des boissons telles que la bière, le cidre, ont pu déterminer une légère inflammation de l'urètre. Certains médicaments ont été incriminés : DESRUELLES cite le vin antiscorbutique ; ROUSSEAU DE S'-PHILIPPE : les préparations arsenicales ; BOUTIN : l'huile de foie de morue accidentellement cantharidée, comme ayant déterminé la suppuration de l'urètre.

D. -- **Urétrites dues à la présence de corps étrangers dans l'urètre**

A côté des écoulements urétraux d'origine diathésique, nous devons signaler certaines inflammations de l'urètre, relevant de la présence de corps étrangers, de calculs, siégeant dans le canal, ou de concrétions balano-préputiales entretenant une inflammation propagée ensuite à l'urètre.

L'observation suivante publiée par Chopart et rapportée par Patissier en 1821, nous montre ce type d'urétrite liée à la présence d'un calcul.

OBSERVATION VI

(Chopart) (rapportée par Patissier)

Un enfant de 4 ans éprouvait depuis plusieurs jours les accidents d'une pierre arrêtée dans le canal de l'urètre ; les bains, les délayants, les huileux calmaient un peu les douleurs, mais ne produisaient point la sortie du calcul. Les boissons multipliées augmentaient la quantité des urines dans la vessie et rendaient la rétention plus grave et plus pressante ; de plus, l'irritation provoquée par la présence du calcul donnait lieu à un écoulement puriforme. On se proposait d'extraire ce calcul avec une curette ou en incisant le canal. Le domestique resté auprès de l'enfant qui souffrait et se plaignait beaucoup, imagina d'essayer un moyen qu'il avait vu réussir. Il pratiqua la succion et put ainsi faire sortir le calcul.

En 1897, A. GIVEL a publié un cas d'urétrite à la suite d'un calcul formé par des concrétions de smegma.

OBSERVATION VII

(Givel)

Il s'agit d'un enfant de 2 ans, de constitution robuste qui, en pleine santé, présenta brusquement du météorisme avec ténésme vésical et rétention d'urine.

En examinant les organes génitaux du petit malade, on trouva un phimosis, de la balano-posthite et un peu d'urétrite ; le chirurgien pratiqua aussitôt la circoncision et enleva deux petites concrétions très dures qui étaient logées de chaque côté du frein. L'opération terminée, l'enfant urina un peu, mais

le jet était mince et tortillé. Givel effleura alors le méat avec un stylet et découvrit entre les lèvres de l'orifice un petit corps très dur qui fut enlevé avec une pince : la vessie se vida alors avec la plus grande facilité. Le petit corps dur était un calcul long de 8 mill. et large de 6 mill. ; d'après l'auteur, on se trouvait bien en présence d'un calcul urétral, attendu que l'enfant n'avait jamais pressenti de troubles du côté de la vessie. D'après Givel, il se serait déclaré une balano-pôsthite par rétention de smegma et ce smegma aurait formé des concrétions assez dures pour devenir le point de départ d'un noyau. Une de ces concrétions introduites dans le méat aurait aidé à la formation du calcul obturateur.

E. — **Urétrites dues à des traumatismes de l'urètre**

Certains traumatismes ont pu amener une inflammation de l'urètre. Ainsi BÉRY cite le cas d'un jeune homme de 14 ans n'ayant jamais eu de blennorrhagie qui, à la suite d'une course à bicyclette, fut pris de douleurs à la miction et d'un léger écoulement muqueux. L'examen complété par l'urétroscopie a permis de reconnaître une urétrite postérieure traumatique que l'auteur attribue à la pression exercée par le bec de la selle contre le périnée. Le malade guérit après quelques jours de repos et de diète.

Un cathétérisme imprudent peut aussi produire une inflammation légère et passagère, mais cette cause d'urétrite n'a rien de spécial chez l'enfant.

Masturbation. — La masturbation est-elle capable de déterminer une véritable urétrite ? Cette question,

autrefois, aurait été résolue par l'affirmative. A une certaine époque, où la blennorrhagie était mise sur le compte des excès vénériens, la masturbation passait comme très capable de produire la blennorrhagie elle-même. Nos connaissances actuelles sur la cause de la blennorrhagie nous permettent de rejeter bien loin cette idée : cependant on peut se demander si la masturbation, en traumatisant plus ou moins une muqueuse, n'est pas capable de développer un certain degré d'inflammation urétrale, se traduisant par un léger écoulement. On sait que le canal de l'urètre antérieur renferme des germes à l'état normal ; il n'est pas impossible que ces organismes, sur une muqueuse irritée, ne soient susceptibles d'augmenter ou de provoquer un certain état catarrhal ; mais, nous n'avons trouvé aucune observation probante de ce fait et les prétendus cas d'urétrites survenus à la suite de la masturbation, qui ont été étudiés au point de vue bactériologique, renfermaient le gonocoque de Neisser. Une contagion blennorrhagique était donc certaine ; mais le mode de contagion est parfois impossible à déterminer.

CHAPITRE III

Urétrites gonococciques

Parmi les urétrites signalées chez le petit garçon, les urétrites gonococciques sont de beaucoup les plus fréquentes et cependant ce sont elles qui ont été le plus longtemps méconnues.

Il en est de ces urétrites blennorrhagiques comme des vulvo-vaginites des petites filles ; après une période où ces inflammations furent regardées comme presque uniquement liées à des états diathésiques, on en est arrivé à les considérer comme provenant au contraire, d'une contagion microbienne virulente.

Toutes ces urétrites microbiennes ont des caractères communs qui sont : leur tendance à résister aux soins d'hygiène et de propreté, leur durée souvent assez longue, enfin la possibilité de provoquer sur des muqueuses saines des suppurations identiques.

Bactériologiquement, toutes relèvent d'un même agent : le gonocoque de Neisser. Elles ne diffèrent entre elles que par le mode de pénétration de l'agent

causal. Aussi est-ce la notion étiologique qui doit permettre d'établir des divisions dans ce groupe d'urétrites gonococciques.

Les mêmes considérations qui s'appliquent aux vulvo-vaginites des petites filles et au mode de contagion de ces affections, sont absolument applicables aux urétrites des petits garçons. On sait combien la muqueuse de la vulve et du vagin s'infecte facilement chez l'enfant ; il n'est donc pas étonnant que les muqueuses du méat et de l'urètre puissent facilement s'enflammer au contact d'un gonocoque déposé à l'orifice urétral. On conçoit donc, par analogie, la possibilité de l'urétrite blennorrhagique du petit garçon en dehors de toute contagion vénérienne. Aussi avons-nous adopté pour classer ces urétrites la division suivante :

Dans un premier groupe, nous rangeons les urétrites qui ne dépendent d'aucune contagion vénérienne, quel que soit du reste le mode d'apport du gonocoque.

Dans le second, nous étudions les urétrites d'origine vénérienne en comprenant dans cette catégorie celles qui relèvent d'un coït ou d'une tentative de coït, et celles qui ont pour cause les attentats à la pudeur.

A. — **Urétrites blennorrhagiques en dehors de la contagion vénérienne**

L'urétrite blennorrhagique peut se produire chez le petit garçon, par un mécanisme analogue à celui qui donne la très grande majorité des vulvo-vaginites des petites filles. On sait en effet combien fréquente est cette affection et combien rarement au contraire la blennorrhagie vulvo-vaginale a pour origine un attentat à la pudeur.

Tous les auteurs qui se sont occupés de la contagion des vulvo-vaginites blennorrhagiques chez l'enfant, sont d'accord sur ce point et l'on sait très bien que parmi les facteurs les plus communs de la contagion, il faut citer en première ligne la communauté des objets de toilette, la cohabitation dans le même lit d'une fillette avec une mère, un père ou une sœur contaminés.

On connaît également bien les épidémies de vulvites consécutives aux bains pris en commun, ou contractées sur des vases de nuit ou des sièges infectés de lieux d'aisance (épidémie de Lavais, épidémie de famille, de salles d'hôpital (Ollivier), d'école, etc.)

Est-il possible d'invoquer un mécanisme analogue pour la contagion de la blennorrhagie chez le petit garçon ?

Assurément, la contagion est beaucoup plus difficile, d'abord parce que le gland de l'enfant est le

plus habituellement recouvert par le prépuce. Mais il ne faut pas oublier que le petit garçon, souvent dès les premiers mois, et presque toujours dès la seconde année, entre fréquemment en érection sans aucune manœuvre criminelle ou d'onanisme et sans la moindre excitation due au contact d'un vêtement, d'un drap, etc. C'est ainsi qu'il est de notion commune que l'enfant, qu'on réveille la nuit à l'âge où l'on a coutume de le faire pour l'habituer à ne plus uriner au lit, est fréquemment trouvé en état d'érection; érection souvent suffisante pour amener en partie la découverte du gland. Dans ces conditions, nous ne voyons pas pourquoi un contact avec les draps souillés par le pus blennorrhagique encore humide ou fraîchement desséché, ne serait pas capable de provoquer chez lui une uréthrite, au même titre qu'une ophthalmie purulente. Or, on sait très bien que cette complication oculaire existe quelquefois.

Du reste, la lecture des nombreuses observations d'urétrites blennorrhagiques du petit garçon, dans lesquelles on suppose presque toujours des manœuvres criminelles pour expliquer la contamination, nous laisse bien souvent dans un doute complet à ce sujet. On retrouve, certes, la cohabitation dans le même lit d'un enfant avec une personne atteinte de blennorrhagie, mais le mode exact de contagé échappe presque toujours. La preuve n'est, pour ainsi dire, jamais faite, et, au point de vue médico-légal, nous croyons qu'il serait bien téméraire de conclure à un

acte criminel, quand il s'agit peut-être très simplement d'une contagion fortuite.

Nous n'avons pas pu recueillir une observation absolument démonstrative du mode de contagion par simple cohabitation. Cependant, des auteurs rapportent certains faits qui rendent bien vraisemblable notre manière de voir.

C'est ainsi que FRASER HARRIS cite l'observation d'un jeune garçon de 14 ans qui aurait eu une urétrite intense à la suite du port d'un caleçon contaminé.

Enfin, il ne nous semble pas impossible qu'on puisse rencontrer chez les nouveaux-nés une urétrite par infection obstétricale : le mode de contagion serait ici le même que celui qui donne lieu à l'ophtalmie blennorrhagique des nouveaux-nés et quelquefois à une vulvo-vaginite.

B. — Urétrites blennorrhagiques par contagion vénérienne

Dans ce groupe, il importe de distinguer deux modes de contagion :

1° La contagion vénérienne par coït, par perversion sexuelle.

2° La contagion vénérienne par attentat à la pudeur, viol ou tentative de viol.

1° *Contagion par coït et perversion sexuelle.* — Avant d'étudier le coït comme mode de contagion de

la blennorrhagie chez le petit garçon, il nous paraît intéressant de résumer ce qu'on connaît de la psychopathie sexuelle chez l'enfant. Et d'abord existe-t-il des rapports sexuels possibles entre petits garçons et petites filles ou personnes plus âgées ? Sans doute dans nos pays, en raison de la civilisation, le coït entre les enfants est chose rare, mais il existe certainement et peut-être plus souvent qu'on ne le suppose.

Le Dr STEKEL a observé plusieurs cas de coït chez les enfants et il est d'avis que le coït du premier âge est généralement pratiqué sous l'impulsion de l'instinct sexuel.

Il cite plusieurs cas de coïts pratiqués et plusieurs de coïts interrompus ou manqués par des enfants de 5 à 10 ans : *a)* une fillette de 8 ans ayant des relations avec des garçons de 6 à 12 ans (cas de Merk).

b) Une fillette de 7 ans ayant des relations avec des petits garçons de 10 ans (cas de Zambaco).

c) Il cite le cas d'un médecin qui, vers 4 ou 5 ans, pratiqua instinctivement le coït avec une fillette de son âge avec laquelle il jouait au jeu de père et de mère. Il continua de coïter journellement pendant un temps assez long (cas de Stekel).

d) Il rapporte un autre exemple : un enfant, devenu plus tard docteur en droit, pratiqua de 4 à 7 ans plusieurs fois le coït avec sa sœur âgée d'un an de plus que lui avec laquelle on le faisait coucher.

Le Dr Stekel cite, en outre, le fait d'un médecin de campagne qui, pratiquant dans les monts Karpathes,

a souvent eu l'occasion d'observer des enfants de Houzouls abandonnés à eux-mêmes et qui, dans les pâturages, pratiquent le coït dès leurs premières années.

Il est certain que ces observations sont très rares dans nos pays européens où l'on entoure les pratiques sexuelles d'un certain mystère et où l'on considère d'ordinaire que la jeunesse ne doit y être initiée que le plus tard possible.

De nos jours, chez les nègres de l'Amérique du Sud, le coït entre enfants s'observe fréquemment. Le D^r MINIME a été souvent témoin de ces faits. « Les enfants nègres, dit-il, qui vivent ensemble à l'état de nudité, se livrent souvent à des jeux sexuels sans qu'on pense à crier au scandale. On considère ces habitudes comme de simples jeux comparables à ceux des jeunes animaux qui commencent à sentir le rut et on n'y attache aucun caractère d'immoralité. »

Le fait suivant montre combien, même près de nous, en Tunisie, les idées peuvent sur ce sujet différer des nôtres.

Le D^r MINIME a assisté en Tunisie à un spectacle arabe (ombres chinoises) dont les personnages pratiquent le coït. Or l'assistance était surtout composée d'enfants des deux sexes et personne ne parut offensé de cette scène. L'auteur en conclut que les enfants arabes sont initiés dès leur jeune âge aux pratiques sexuelles et il prétend qu'ils doivent se livrer très jeunes au coït.

Le fait suivant que nous avons pu recueillir à

L'hôpital des Enfants-Malades montre que, même à Paris, dans le peuple, l'idée que le petit garçon peut pratiquer le coït ne paraît nullement extraordinaire. « Un ouvrier vint un matin avec son fils âgé de 4 ans, nous prier d'examiner son enfant parce qu'il devait certainement être atteint de maladie vénérienne. Ayant tout examen, nous lui demandons ce qui lui fait supposer cette maladie. Il nous raconte alors, avec une parfaite bonne foi et sans étonnement, qu'il croit bien que son fils a contaminé une fillette de 8 ans qui demeure sur le même palier et avec laquelle il joue. C'est, du reste, l'avis de la voisine.

Nous examinons l'enfant qui ne présente aucun écoulement urétral et notre interrogatoire nous apprend finalement que le père était simplement victime d'une tentative de chantage ».

Les nombreuses observations que nous venons de rapporter semblent bien démontrer que les petits garçons peuvent se livrer aux pratiques sexuelles. Mais sous quelle influence le coït est-il pratiqué ? Il est probable que, dans certains cas, il s'agit simplement de l'éveil prématuré de l'instinct sexuel et que la perversion et le vice n'entrent nullement dans l'accomplissement de cet acte, mais il n'en est évidemment pas toujours ainsi, ne seraient-ce que les nombreux cas où des personnes plus âgées ont abusé des enfants et les ont ainsi initiés au coït.

On peut se demander également si le jeune garçon est en état de pratiquer un coït régulier avec pénétration dans le vagin. Nous croyons la chose parfaitement

possible, mais le plus souvent il n'y a dans ce coït qu'intromission incomplète du pénis. L'acte sexuel « se joue » en entier dans la vulve, ce qui, du reste, est suffisant pour la contagion. Mais un coït complet doit être possible ; Stekel rapporte quelques observations qui semblent bien pouvoir faire admettre une intromission du pénis dans le vagin. En tous cas, le pénis érigé d'un enfant ne manque nullement de la consistance nécessaire, malgré l'opinion de Tardieu.

Dès lors, on conçoit que ces rapports sexuels sont une cause de blennorrhagie pour les jeunes garçons, car les petites filles peuvent avoir été souillées par d'autres petits garçons ou par des adultes ; enfin, elles peuvent, en dehors de tout acte sexuel, ce qui est le cas le plus fréquent, être atteintes d'une vaginite purulente blennorrhagique.

Parmi les observations de ce genre publiées, les faits suivants nous paraissent les plus intéressants à citer :

OBSERVATION VIII

(Cséri)

Cséri examina un enfant de 4 ans atteint d'un écoulement purulent de l'urètre. Cet enfant souffrait déjà depuis 2 mois ; à l'examen bactériologique, il trouva de nombreux cocci libres ou encapsulés ressemblant par leur forme et leur groupement aux cocci trouvés dans la sécrétion des valvo-vaginites des petites filles et surtout aux gonocoques de Neisser.

Cséri, pensant que l'enfant a été infecté par quelqu'un, prévient les parents et les met en garde. Or, 14 jours après,

la sœur de ce petit garçon, âgée de 8 ans, lui fut amenée, atteinte de vulvo-vaginite. Le frère et la sœur partageaient le même lit. Tout porte à croire qu'il y a eu contact sexuel entre ces deux enfants, mais la preuve ne fut pas faite d'une façon absolue.

OBSERVATION IX

(Variot et G. Lazard)

Il s'agit d'un petit garçon de 4 ans et de sa petite sœur de 7 ans. Le petit garçon était atteint d'une blennorrhagie typique ; écoulement purulent assez abondant, gland rouge et tuméfié ; la petite fille présentait un écoulement verdâtre tachant le linge. Dans les deux cas, on constata la présence de gonocoques.

Le petit garçon fut mis au régime du lait, dans lequel on ajoutait 2 gr. de bi-carbonate de soude par jour ; il prenait en outre par jour 2 gr. d'opiat (cubèbe et copahu). Tous les deux guérirent, mais l'écoulement fut plus persistant chez le petit garçon.

Pendant les premiers temps de son séjour à l'hôpital, le petit garçon ne cessa de pleurer et de réclamer sa petite sœur qu'il ne quittait pas et dont la nuit il partageait le lit. On n'a pu avoir de renseignements plus précis au sujet des rapports sexuels entre les deux enfants.

OBSERVATION X

(P. Bernard)

Une petite fille de 7 ans fut violée par un gardien de la paix ; de ce viol, il est résulté une uréthro-vaginite intense. Un petit garçon de 9 ans eut des rapports avec cette petite fille : pour ce faire, la fillette s'étendait sur un matelas et couchait le petit garçon sur elle. A la suite de ces rapports, le petit garçon présenta une uréthrite aiguë avec phimosis.

OBSERVATION XI

(Rôna)

Le 6 juin 1890, on m'amena un enfant de 10 ans qui, la veille, avait ressenti une forte douleur en urinant; quelques heures après était survenu un écoulement abondant, purulent, avec besoin d'uriner tous les quarts d'heure.

A l'examen microscopique on trouva de nombreux gonocoques.

Le 12 juin, on m'amèna sa sœur âgée de 6 ans.

Le 19 juin, son autre sœur âgée de 2 ans me fut présentée; toutes deux étaient atteintes de vulvo-vaginite blennorrhagique: elles couchaient avec leur frère dans le même lit.

OBSERVATION XII

(Rôna)

Urétrite gonococcique. Lymphangite de la verge

J. L., 13 ans 1/2, vint me voir le 2 octobre 1890. Dans sa 9^e année, il tenta de pratiquer le coït avec une petite camarade d'école; ce ne fut là qu'un essai. Depuis lors, il se masturba 3 à 4 fois par semaine. Notons qu'il n'éjaculait que depuis 3 mois.

Il y a trois semaines, il essaya de pratiquer le coït avec une jeune fille soi-disant vierge, mais il ne put introduire que le gland. Le 2^e, 3^e et 4^e jour après sa tentative de coït, il se masturba. Après ces trois jours de masturbation, l'extrémité de la verge enfla. Depuis 8 jours, il a de la douleur en urinant; depuis hier il a constaté un fort écoulement purulent.

Il couche depuis 2 semaines dans le même lit que sa sœur. Je soigne cette dernière pour une blennorrhagie.

A l'examen, je trouve le gland rouge foncé et œdématié ainsi que l'extrémité du pénis ; dans le pus, de nombreux gonocoques.

OBSERVATION XIII

(Róna)

Le 8 octobre 1890, on m'amène un enfant de 10 ans 1/2. Vers l'âge de 7 ans, il aurait, paraît-il, tenté le coït avec une jeune vierge de 15 ans ; il ne put introduire dans la vulve que son gland.

La jeune fille consulta le Dr Szabo. Celui-ci constata un écoulement muqueux, mais ne fut pas décisif sur sa nature blennorrhagique.

A l'examen, on constate un écoulement purulent chez l'enfant, de fréquentes érections nocturnes, de nombreux gonocoques dans le pus.

Le 5 novembre 1890, l'urétrite postérieure est guérie. L'urétrite antérieure guérit peu de temps après.

OBSERVATION XIV

(Róna)

Urétrite totale gonococcique ; balano-posthite ; phimosis

Le 19 janvier 1890, un enfant de 13 ans 1/2 m'est amené ; depuis 3 semaines, il a de la balano-posthite et du phimosis. Besoins d'uriner fréquents, douloureux.

Il tenta le coït, mais il n'y eut pas introduction complète du pénis. A l'examen, on constate du phimosis, de la balano-posthite suppurée. Urètre antérieur et urètre postérieur infectés. Gonocoques nombreux. Guérison en 2 mois.

OBSERVATION XV

(Rôna)

*Urétrite gonococcique. 1^o infection à 11 ans ; 2^o infection à 17 ans.
Rétrécissement de l'urètre.*

E. K., 17 ans, m'est amené le 6 février 1892. A 11 ans, il pratiqua le coït ; 8 jours après, il s'aperçut qu'il était atteint d'une gonorrhée qui dura 4 semaines. Depuis il était en bonne santé.

Le 9 janvier 1892, il recommença le coït. 3 jours après, il dit avoir ressenti une nouvelle blennorrhagie avec écoulement très abondant.

Le 6 février 1892, j'examine son canal avec une sonde n° 18. Elle n'arrive que jusqu'au bulbe. Au 1^{er} mars 1892, la sonde calibre 23 fut enfoncée dans la portion bulbairé mais elle s'arrêta là.

OBSERVATION XVI

(Koplik)

S. B., âgé de 5 ans, très intelligent, a depuis plusieurs jours un écoulement de l'urètre ; le pus est épais et jaunâtre ; le gland et le pénis très tuméfiés.

Il déclare qu'il a joué avec une fillette de 7 ans qui habite la même maison que lui. Or cette petite fille était atteinte de vulvo-vaginite blennorrhagique.

Dans le pus de ces deux enfants, on trouve de nombreux gonocoques.

Ces observations sont assez concluantes et malgré qu'on ne puisse obtenir aucun aveu des enfants, tout laisse supposer qu'il a pu exister entre frère et sœur,

entre petits camarades de l'un ou l'autre sexe, sinon coït complet, tout au moins contact du pénis contre l'orifice vaginal.

LEGROUX employait, du reste, une expression pittoresque pour désigner les petits garçons et les petites filles, généralement le frère et la sœur, qui présentent l'un une urétrite, l'autre une vulvite : il les nommait des « petits ménages ».

2° *Attentats à la pudeur commis par des femmes sur des petits garçons.* — Les attentats à la pudeur sont une des causes les plus communes de la blennorrhagie chez le petit garçon. Comme vont nous le montrer les observations, ces attentats sont le plus souvent commis par des personnes chargées de garder les enfants : bonnes, gouvernantes, nourrices, qui partagent ainsi le même lit que l'enfant (Obs. XVII, XIX, XXII, etc). D'autres fois, ce sont des personnes mêmes de la famille : la grande sœur (Lazard et Variot, Obs. XVIII) ; la tante (Lop, Obs. XXI) ; la maîtresse du père (Schnell, Obs. XXIII) ou enfin une personne étrangère à la maison (Tardieu, Obs. XXVI).

Parmi les causes de ces aberrations du sens génital qui poussent aux attentats à la pudeur, il n'est pas inutile de signaler ce vieux et stupide préjugé qui laisse croire aux malades qu'ils peuvent se débarrasser d'une maladie vénérienne (syphilis, blennorrhagie) en la communiquant à une autre personne et particulièrement à un enfant. Il n'est pas impossible qu'une telle idée n'ait été souvent la cause d'attentats à la pudeur ayant amené une contagion blennorrhagique.

Nous allons résumer les plus intéressantes des observations que nous avons recueillies, ayant trait aux attentats à la pudeur.

OBSERVATION XVII

(Kammer)

(Citée par Chaumier)

Enfant, 2 ans 1/2, présente une urétrite blennorrhagique après avoir « joué » avec une jeune femme que ses parents avaient prise dans la rue pour lui donner quelques occupations dans la maison. Cette blennorrhagie guérit au bout de quelque temps par des irrigations urétrales au sublimé à 1/8000^{ème}.

Six mois plus tard, l'enfant fut pris de rétention d'urine et on trouva un rétrécissement qui ne laissa pas passer la sonde la plus fine ; on fut obligé de ponctionner la vessie. Le cathétérisme fut pratiqué pendant l'éthérisation. On trouva un rétrécissement antérieur et un rétrécissement infranchissable au niveau de la portion membraneuse. Le rétrécissement antérieur fut sectionné par urétrotomie interne et le rétrécissement profond fut opéré par urétrotomie externe.

OBSERVATION XVIII

(Lazard et Variot)

Un garçon de 7 ans 1/2 me fut amené par sa mère pour un écoulement de l'urètre. La verge était très développée (0, 07 c. de long). Gland turgescent et complètement découvert. Prépuce un peu œdématié. Des bords du méat, on voit sourdre une goutte de pus épais et verdâtre. Les lèvres du méat sont rouges et tuméfiées. Douleur vive en urinant.

L'enfant couche tantôt avec sa mère, tantôt avec ses sœurs ; l'une d'elles âgée de 18 ans avoua que depuis 6 semaines, elle avait un écoulement abondant, verdâtre, et qu'au début elle souffrait d'une cuisson douloureuse en urinant. La blennorrhagie du jeune garçon guérit en 4 semaines par des injections de permanganate de potasse et du salol à l'intérieur.

OBSERVATION XIX

(Viger)

(in Chaumier)

D., âgé de 2 ans ; les parents tiennent un café borgne où ils avaient à leur service une servante suspectée d'avoir communiqué la blennorrhagie à plusieurs militaires.

On constata chez le jeune D..., un écoulement urétral. La miction était si douloureuse qu'une demi-heure avant, l'enfant poussait des cris, se retenait le plus possible et pleurait longtemps après. A la pression du canal, du pus sort du méat. Gland turgescent, bords du méat rouges.

L'examen bactériologique démontra la présence de gonocoques.

La maladie remontait à un mois, et était toujours dans la période aiguë.

Viger traita cette blennorrhagie par des lavages de permanganate. Il injectait 60 gr. d'une solution à 0,12 0/00 après anesthésie du canal postérieur avec quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 1/150. Il pratiqua un lavage par jour pendant 9 jours. Au bout de ce temps, l'écoulement considérablement diminué devint presque transparent. La sécrétion contenait encore des gonocoques. L'auteur injecta alors pendant 18 jours, matin et soir, dans le canal, 80 gr. d'une solution permanganate à 0,50 0/00 et dans la vessie 25 gr. d'une solution au millième. Ces doses furent assez bien tolérées et

au bout de 18 jours l'examen ne révélait plus de gonocoque. On cessa le traitement.

Au bout de 6 jours, on constata de nouveau la fréquence de la miction et l'écoulement recommença. On trouva encore des gonocoques. On le traita encore 16 jours en augmentant un peu les doses. Au bout de ce temps, plus d'exsudat; on cessa le traitement; l'auteur n'a pu apprendre le mécanisme de la contagion.

Résumé. — La blennorrhagie, chez cet enfant de 2 ans, envahit les deux urètres antérieur et postérieur; comme chez l'adulte, elle fut guérie par des lavages au permanganate. On ne doit pas dépasser pour l'urètre postérieur 0,25 p. 0/00; le meilleur instrument est une seringue de 10 gr. avec canule convenable. La cocaïnisation peut être pratiquée sans danger avec une solution de 1/150.

OBSERVATION XX

(Chaumier)

Ed. T., 7 ans 1/2, habitant une petite bourgade (Indre-et-Loire) est resté 10 jours à Tours chez des parents. 5 jours après son retour, il s'est plaint de souffrir, en urinant. En pressant l'urètre, on fait sourdre du pus par le méat. Il pisse au lit depuis le commencement de sa maladie. Le petit garçon ne veut pas avouer comment il s'est contagionné.

Traitement. — Une cuillerée à café de créosotal par jour; l'enfant guérit au bout de trois mois.

OBSERVATION XXI

(Lop)

Un garçon de 3 ans, entre à l'hôpital pour « embarras d'estomac ». Il était atteint d'une urétrite blennorrhagique intense:

écoulement purulent et douleur à la miction. Erections nocturnes. L'enfant souffrait beaucoup et c'était l'explication probable de la fièvre et de l'embarras gastrique. Examen bactériologique : gonocoques de Neisser.

Peu après, la tante du petit malade âgée de 20 ans, vint se faire examiner. Elle était atteinte de vaginite et d'urétrite blennorrhagique. Pressée de questions, elle avoua que souvent « elle s'amusait avec le petit et frottait contre elle la verge du petit. » L'enfant guérit au bout de 3 semaines, traité par les antiphlogistiques et les balsamiques.

OBSERVATION XXII

(J. Arnaud)

(Citée par Lop)

Un petit garçon de 4 ans se plaint de douleurs en urinant et cela d'une façon continue. Le prépuce est rouge, œdématisé ; il est impossible de découvrir le gland. En pressant la verge, on fait sourdre du pus verdâtre et épais. Peu auparavant, la bonne de cet enfant avait été soignée par le docteur Arnaud, pour une cysto-néphrite blennorrhagique contractée avec un garçon boucher. Elle nia tout rapport avec l'enfant, mais il y a tout lieu de supposer le contraire.

OBSERVATION XXIII

(Schnell)

(Citée par Lop)

Le Dr Schnell fut requis par un commissaire de police pour examiner un petit garçon de 12 ans. Cet enfant se plaignait de l'inflammation de son urètre. Il raconta ceci : son père qui vivait avec sa maîtresse, quittait la maison de bonne heure, à 5 heures du matin, pour son travail. Après son départ, la

jeune femme prenait le petit dans son lit et là « lui touchait son pipi et lui mettait son pipi dans son pipi ».

La femme fut trouvée indemne de blennorrhagie apparente ; il n'a pas été fait d'examen bactériologique.

Les experts conclurent qu'en l'absence des signes évidents de blennorrhagie, la masturbation et les frottements péniers avaient pu donner naissance à cette urétrite. Malgré tout, la femme fut condamnée.

OBSERVATION XXIV

(Robert Abble)

Un enfant de 3 ans fut examiné par moi quelques jours après l'arrivée d'une domestique atteinte de vaginite de nature douteuse.

Cet enfant présentait un écoulement purulent très riche en gonocoques, accompagné de douleurs à la miction avec œdème du prépuce. L'écoulement vaginal de cette domestique renfermait le gonocoque de Neisser. Malgré les dénégations de la bonne, l'auteur conclut à la contagion directe.

OBSERVATION XXV

(Granwall)

Un garçon de 6 ans et une petite fille de 8 ans, atteints l'un d'urétrite blennorrhagique, l'autre d'une vaginite de même nature, me furent amenés. Ces deux enfants avaient été souillés par leur bonne, atteinte d'urétro-vaginite gonococcique.

OBSERVATION XXVI

(Tardieu)

Le jeune L., âgé de 9 ans, avait été pendant un mois victime

des actes de débauche d'une jeune fille de 16 ans, et initié par elle à un véritable commerce sexuel. Le jeune L... fut atteint d'une inflammation du prépuce avec suintement blanchâtre. Il présentait en outre un écoulement urétral abondant, épais, jaune-verdâtre, manifestement blennorrhagique. L'inculpée était atteinte d'un double écoulement vaginal et urétral.

OBSERVATION XXVII

(Rôna)

L., 8 ans, m'est amené le 11 février 1891. Depuis le 8 de ce mois, il se plaint d'une douleur en urinant ; il urine peu, car il se retient, depuis qu'il souffre ainsi ; depuis trois semaines, il couche dans la même chambre que sa bonne.

Examen : Le méat est recouvert d'une croûte ; lorsque celle-ci est retirée, il s'écoule du pus en abondance. Le 14 février, les urines sont troubles, les urètres antérieur et postérieur sont infectés.

9 avril. — L'urine se clarifie, l'urètre coule encore. Depuis ce jour, je ne vis plus le malade.

OBSERVATION XXVIII

(Rôna)

Urétrite totale gonococcique. — Lymphangite

R., 12 ans, m'est amené le 9 février 1891 ; depuis 3 jours, il souffre au début de la miction. Depuis ce matin, il a un écoulement purulent de l'urètre. Le coït ainsi que la masturbation sont contestés.

Son valet de chambre l'aurait soi-disant appuyé contre le mur et aurait tenté le coït anal. Le domestique joua avec lui pendant une demi-heure et après ces attouchements, le petit

garçon se serait senti mouillé par un liquide chaud à la face interne de sa cuisse droite.

Examen : Écoulement urétral muco-purulent ; sur la chemise, une tache jaunâtre de peu d'étendue ; aucune trace de lésions externes. Dans le pus, nombreux gonocoques.

Le 11 février, le pénis ainsi que le gland sont encore plus rouges et plus gonflés ; œdème du prépuce. Besoin d'uriner toutes les 5 à 10 minutes. Écoulement abondant, purulent.

Le 12 février, on trouve dans le pus des gonocoques.

OBSERVATION XXIX.

(Rôna)

*Uréthro-cystite. Gonorrhée avec hémorrhagie ;
lymphangite de la verge*

F..., 2 ans, m'est amené le 6 juin 1891. Il souffre, paraît-il depuis 2 mois, d'un écoulement de l'urètre. Au début, il eût de fortes douleurs et souvent il ne pouvait uriner qu'en arrosant son gland d'eau froide. Besoin d'uriner toutes les heures. Erections nocturnes. Après la miction, *il sortait des gouttes de sang*.

Il aurait, paraît-il, été infecté par une servante.

Examen: Écoulement purulent ; gland tuméfié ; les deux urèthres infectés ; gonocoques types dans le pus. Traitement : Injection sulfate de zinc, 0, 10 cgt. p. ‰. La maladie dura 4 mois.

OBSERVATION XXX

(Rôna)

X..., 3 ans 1/2, m'est amené le 31 mars 1892. Il a depuis deux semaines un écoulement de l'urètre ; lorsqu'il urine il pleure et s'agite. Besoin d'uriner fréquent : toutes les demi-

heures. Sa mère est sortie hier de l'hôpital où elle est restée 6 semaines pour une bronchite ; elle a des fluxus blanches. Pendant les 6 semaines l'enfant fut gardé par une femme chez laquelle logent quatre adultes ; la mère ne peut me donner aucun renseignement sur leur santé. Depuis 2 semaines, l'enfant couchait avec la femme. Il y a trois jours il resta la journée entière sans uriner.

Examen : Extrémité supérieure du gland rouge et enflammée ; écoulement purulent ; le toucher de la prostate ne révéla rien d'anormal ; nombreux gonocoques dans le pus. Le malade ne fut guéri qu'au commencement de juillet.

OBSERVATION XXXI

(Rôna)

Urétrite totale gonococcique ; lymphadénite

K... 21 mois, m'est amené le 21 juillet 1891. Depuis une semaine, me dit-on, l'extrémité du gland est enflée et du méat sort du pus. Quelques jours après le petit malade éprouva toutes les heures le besoin d'uriner avec de fortes douleurs. L'enfant couche avec son père qui est en parfaite santé, la mère également. L'enfant couchait aussi avec une domestique qui fut congédiée.

Examen : Ecoulement abondant, prépuce et gland rouges et tuméfiés ; dans la partie inguinale droite on note une inflammation des ganglions de la grosseur d'une noisette. Beaucoup de gonocoques dans le pus.

OBSERVATION XXXII

(Rôna)

Urétrite gonococcique - Infection à 10 ans

X..., 21 ans, se présente le 12 avril 1892. Il me dit avoir eu

la blennorrhagie à 10 ans. Il se rappelle que lorsqu'il était tout petit, marchant à peine, sa domestique l'entraînait souvent dans la cave et s'amusait avec lui à des jeux obscènes. La jeune fille en question servait depuis 10 ans dans la maison; elle avait été de très bonne heure débauchée dans une petite ville où elle habitait. L'enfant tenta le coït à 10 ans 1/2. Plus tard, il dut partir au collège dans une autre ville. Au bout de trois jours, il s'aperçut que son urine le brûlait et au 5^{me} et au 6^{me} jour, il eut les symptômes d'une blennorrhagie avec gonflement de la verge et fortes douleurs qui durèrent 10 jours.

Le malade venait se faire examiner parce qu'il craignait un rétrécissement.

Examen : Aucun écoulement, urine claire et urètre normal.

OBSERVATION XXXIII

(Inédite)

(Communiquée par les D^{rs} H. Zuber et J. Hallé.)

H. Laba..., 10 ans 1/2, entre à l'hôpital des Enfants-Malades avec une urétrite, compliquée de balanite, de balano-posthite.

La miction est très douloureuse; l'enfant est amené par le père qui déclare que son fils a « attrapé la chaude-pisse ».

Sans trop de difficulté, l'enfant fait des aveux complets sur l'étiologie de son affection. Il raconte que c'est dans un essai de coït auquel il a été incité le soir, sous un pont de la Seine, qu'il a dû attraper sa maladie.

L'enfant est soigné par la méthode des injections au permanganate de potasse et sort guéri de l'hôpital après 1 mois 1/2 environ.

L'examen bactériologique montre dans le pus des gono-

coques de Neisser. Les ensemencements du pus sur milieu de Wertheim (agaracite), montrent des colonies typiques de gonocoques.

OBSERVATION XXXIV

(Barthélemy — Hôp. Enf. Malades)

Il s'agit d'un petit garçon de 6 ans et 10 mois, amené à la consultation de l'hôpital des Enfants, le jeudi 8 octobre 1903, pour un écoulement urétral très abondant, datant de quelques jours. C'est un enfant bien constitué, ne présentant aucune tare morbide congénitale ou acquise. Il n'a jamais fait de maladies graves et l'on n'avait jamais remarqué chez lui d'habitudes vicieuses.

Le 23 septembre, on l'envoie passer huit jours à la campagne, aux environs de Saint-Cyr, chez des amis, avant la rentrée des classes. Là, il partageait le lit de deux jeunes filles, l'une âgée de 20 ans, l'autre de 13 ans. Ce serait la plus jeune qui se serrait contre son jeune compagnon, lui passait les mains sur le ventre et entre les cuisses, le chatouillait sans cesse et si l'on en croit les dires de l'enfant le tenait étroitement embrassé, lui pressait les jambes entre les siennes, etc.

Il n'avait conté la chose à personne, parce que la fillette lui aurait dit qu'on le renverrait chez lui s'il révélait leur secret. Lorsque l'enfant revient à Paris, le 1^{er} octobre, sa mère constate qu'il urine à tout instant. Le jour, il a des mictions tous les quarts d'heure environ. La nuit, il se réveille plusieurs fois avec des besoins pressants, ce qui ne lui arrivait jamais avant son départ. Enfin la chemise, et même le pantalon, sont souillés par un pus verdâtre qui s'écoule de la verge. Malgré cela, l'enfant est remis à l'école, d'où il est bientôt renvoyé, parce qu'il demande sans cesse à aller aux cabinets pendant la classe, et y passe son temps pendant les récréations. On se décide donc à l'amener à l'hôpital.

L'écoulement est très abondant, tache le linge et le pantalon. Il y a un léger degré de phimosis ; le prépuce très long recouvre entièrement le gland et l'on peut croire d'abord à de la balanite posthite. Il n'en est rien. Il existe, en effet, une quantité de pus accumulé dans le sillon balano-prépuce, mais en découvrant le gland avec difficulté, on voit le méat turgescent, à lèvres tuméfiées, d'où l'on fait sourdre par la pression la goutte de pus caractéristique.

Nous faisons aussitôt un frottis sur lame, et la coloration par le bleu de Kühn nous montre l'existence de nombreux gonocoques, les uns libres, les autres intra-cellulaires. Certains leucocytes en sont littéralement remplis. La décoloration par le Gram est complète.

Il s'agit donc bien d'une urétrite blennorrhagique.

On prescrit des lavages au permanganate au 4/1000, du sirop de térébenthine, et le régime alimentaire approprié.

Dans les jours qui suivent, la balanite s'améliore rapidement : elle est complètement guérie le 15 octobre. Le prurit au niveau du méat, et la cuisson au moment des mictions diminuent en même temps. Celles-ci deviennent beaucoup moins fréquentes et l'enfant ne se réveille plus la nuit.

Mais l'écoulement persiste si abondant qu'il faut garnir complètement la région. De nouveaux examens bactériologiques faits le 12, le 15, le 18 octobre révèlent encore la présence de nombreux gonocoques. Pourtant depuis le 16 octobre (c'est-à-dire plus de quinze jours après le début) l'écoulement tend à diminuer progressivement.

Malgré l'intensité de l'urétrite, nous n'avons constaté aucune complication ; il n'y a pas notamment eu de propagation du côté des testicules. Les orchites par voie canaliculaire sont d'ailleurs absolument exceptionnelles chez l'enfant, à cause du peu de perméabilité des voies séminales.

Dans les nombreuses observations que nous venons

de rapporter, le facteur étiologique est généralement facile à déterminer et nous avons vu qu'on retrouve toujours sinon le mode de contagé, du moins une blennorrhagie dans l'entourage du malade.

Mais il est des cas où, malgré une enquête très minutieuse, il est absolument impossible de retrouver comment le gonocoque a pu pénétrer dans l'urètre de l'enfant. Ce sont du reste les cas les plus rares; parmi ceux-ci, on retrouve très souvent la masturbation; mais nous nous sommes expliqué plus haut sur le peu de valeur que nous accordions à ces habitudes dans l'étiologie d'une urétrite, à plus forte raison d'une urétrite blennorrhagique.

Souvent il s'agit d'enfants déjà un peu âgés comme dans une observation de Straus (15 ans), de Rôna (13 ans), et on sait avec quelle difficulté on obtient des aveux chez l'enfant. Il est du reste un fait bien connu des instructions judiciaires s'adressant aux jeunes sujets : c'est qu'il est à peu près impossible de faire varier un enfant dans sa déposition, même quand l'interrogatoire de celui-ci est fait par une personne très habituée à ces sortes d'examen. Il n'est donc pas étonnant que certaines observations restent avec une étiologie obscure. Un des cas les plus intéressants à ce sujet est celui rapporté par Straus d'un enfant de 15 ans, soigné à l'hôpital du Midi.

Malgré l'habileté et la patience du Dr Mauriac, il fut impossible de faire varier l'enfant dans ses déclarations et d'obtenir le moindre aveu.

Et comment s'étonner de pareilles dénégations' puisqu'on voit parfois dans les salles d'accouchement des femmes, en plein travail, déclarer avec un semblant de bonne foi, qu'il est impossible qu'elles soient enceintes, puisqu'à leur dire, elles n'ont jamais eu de rapports sexuels.

OBSERVATION XXXV

(I. Straus)

Ab. Lim..., âgé de 15 ans, entre à l'hôpital du Midi le 3 janvier 1889 pour un écoulement urétral, contracté, selon son récit, de la façon suivante : ce jeune garçon frêle et peu développé se livre depuis l'âge de 12 ans à la masturbation. 8 jours avant son entrée à l'hôpital, il s'était adonné à ces manœuvres un peu plus longtemps que d'habitude ; 2 jours après il ressentit en urinant une sensation de brûlure dans le canal, suivie bientôt d'un écoulement purulent. A l'hôpital, on constata tous les symptômes d'une blennorrhagie : écoulement abondant, épais, tachant le linge en vert ; balano-posthite très accusée avec un léger degré de phimosis ; douleurs très vives au moment de la miction, érections fréquentes et douloureuses ; ganglions douloureux dans le pli de l'aîne gauche. Il quitta l'hôpital le 31 janvier non entièrement guéri.

Le malade interrogé avec le plus grand soin par M. Mauriac, déclare n'avoir jamais eu aucun rapport avec une femme et affirme, sans jamais varier, qu'il a contracté son affection de la façon qui vient d'être dite.

L'examen bactériologique du pus pratiqué à 4 reprises différentes montra des gonocoques types.

Nous allons enfin citer quelques autres observations d'urétrites gonococciques chez des petits garçons ; malheureusement les auteurs n'ont pu en déterminer l'étiologie. Ces observations sont néanmoins très intéressantes pour notre étude des symptômes et des complications de blennorrhagie du petit garçon.

OBSERVATION XXXVI

(Rôna)

*Urétrite totale aiguë, balano-posthite. Récidive au bout d'un an ;
réinfection*

Le 14 février 1888, R. P., 4 ans, m'est amené. Depuis 8 jours, il souffre en urinant ; le gland et la face interne du prépuce sont recouverts de pus. Méat rouge, tuméfié, collé par la sécrétion ; dans le pus, gonocoques en grande quantité.

Injection acétate de pb. à 0,5 p. 150.

Le 27 février 1888, 13 jours après, l'enfant peut uriner sans douleur. Ecoulement persiste. Tous les jours, injection d'une solution de sulfate de zinc à 1 %.

Le 4 mars 1888, plus de trace d'écoulement.

Le 17 janvier 1889 l'enfant revient avec une nouvelle urétrite. Depuis quatre jours, il ne peut plus uriner que dans un bain chaud. Inflammation du pénis, balano-posthite, gonocoques. Injection d'acétate de Pb. 1 %.

Le 20 janvier 1889, les symptômes s'amendent et 10 jours après guérison.

OBSERVATION XXXVII

(Rôna)

Urétrite gonococcique, phimosis, cystite

Enfant de 13 ans. Depuis 18 jours on a constaté un écoulement purulent ; douleur en urinant. Depuis 14 jours, besoin fréquent d'uriner et après chaque miction, il s'écoule quelques gouttes de sang pur. L'enfant prétend n'avoir pratiqué aucun coït.

Il y a phimosis congénital. On constate un écoulement abondant, purulent, taches de sang sur le caleçon, gonocoques dans le pus ; injections de sulfate de zinc ; guérison après 2 mois.

OBSERVATION XXXVIII

(Rôna)

X., 10 ans, arrive en juin 1889. Depuis 6 semaines, il souffre d'une inflammation et d'un écoulement purulent de l'urètre. Le coït est contesté ; dans le pus gonocoques types ; les deux urètres sont infectés.

OBSERVATION XXXIX

(Rôna)

Urétrite gonococcique. Eczéma de la verge

L. R., 3 ans, m'est amené le 9 octobre 1888. Depuis 5 mois il a un écoulement purulent. Depuis 3 semaines, on constate sur le gland une éruption eczémateuse avec prurit ; gonocoques dans la sécrétion.

OBSERVATION XL.

(Inédite)

(Recueillie par M. le Dr J. Hallé)

En 1898, nous avons observé et soigné à l'hôpital Necker avec le Dr Gosset, un enfant de 10 ans atteint de blennorrhagie urétrale. L'examen du pus, les cultures du gonocoque sur milieu de Wertheim ne laissaient aucun doute sur la nature de la maladie.

Malgré les interrogatoires faits par plusieurs personnes et dirigés de façon différente pour obtenir des aveux, il fut impossible d'avoir un renseignement précis sur l'étiologie de cette blennorrhagie. L'enfant fut soigné par les injections de permanganate et a guéri après un mois environ, sans complications.

CHAPITRE IV

La blennorrhagie chez le petit garçon

Avec les observations que nous venons de relater, il nous faut maintenant faire l'histoire de la blennorrhagie chez le petit garçon.

1° Age. — Fréquence

L'urétrite blennorrhagique s'observe chez les garçons à tout âge de l'enfance.

Si nous relevons, dans nos observations, les différents âges de nos petits malades, nous trouvons :

15 mois	1 cas	3 ans	3 cas	6 ans	1 cas	10 ans	4 cas
21 mois	1 cas	3 ans 1/2	1 cas	6 ans 1/2	1 cas	10 ans 1/2	2 cas
2 ans	2 cas	4 ans	4 cas	7 ans 1/2	2 cas	11 ans	1 cas
2 ans 1/2	1 cas	4 ans 1/2	1 cas	8 ans	1 cas	12 ans	2 cas
		5 ans	1 cas	9 ans	2 cas	13 ans	1 cas
						13 ans 1/2	2 cas
						15 ans	1 cas

C'est donc vers l'âge de 3 à 4 ans et de 9 à 12 ans, que l'on observe le plus fréquemment la blennorrhagie chez le petit garçon. Et la fréquence de cette

affection pendant ces deux périodes de l'enfance peut s'expliquer ainsi :

Les femmes qui commettent des attentats sur des petits garçons se servent en général d'enfants très jeunes n'étant pas susceptibles de raconter ce qu'on leur a fait ; et comme il leur faut un enfant ayant les organes génitaux un peu développés, l'enfant de 3 à 4 ans semble bien répondre à leurs désirs. De plus, de 9 à 12 ans, certains enfants très précoces peuvent se livrer au coït, soit parce que leur instinct sexuel est déjà éveillé, soit aussi parce qu'ils ont pu être pervertis par de mauvais exemples.

L'urétrite blennorrhagique chez le petit garçon ne paraît pas très fréquente en France ; il est vrai qu'il doit y avoir beaucoup de cas qui échappent à l'observation ou qui sont mal interprétés. Les auteurs allemands et américains en ont, au contraire, publié de nombreuses observations.

MONCORVO, de Rio-de-Janeiro, ayant eu à examiner 200 cas de blennorrhagie génitale chez les enfants, a trouvé une proportion de 1 garçon pour 5 filles. Cette proportion semble un peu élevée, du moins en France.

2^e **Etiologie**

La blennorrhagie chez le petit garçon est toujours due au développement du gonocoque de Neisser sur la muqueuse urétrale.

Les causes multiples que nous avons cherché à

préciser précédemment peuvent se résumer ainsi :

a) Dans un certain nombre de cas, plus fréquents qu'on ne le suppose, il s'agit de petits garçons qui ont pratiqué un coït ou un essai de coït sur une personne de l'autre sexe. Cette personne peut être soit une fillette, atteinte elle-même de vulvite blennorrhagique, soit toute autre femme atteinte de la même maladie.

b) D'autres fois, il s'agit nettement d'attentats à la pudeur et d'excitation de mineurs à la débauche, l'attentat pouvant être commis par une personne de l'un ou l'autre sexe (valet de chambre dans le cas de Rôna, obs. XXVIII).

c) Enfin, il est des cas où, comme pour la vulvite des petites filles, la blennorrhagie des petits garçons ne semble bien résulter d'aucune contagion vénérienne, le gonocoque se trouvant alors déposé par un moyen indirect sur la muqueuse du prépuce, du gland ou du méat. Il s'agit, le plus souvent, dans ce cas, de très jeunes enfants partageant le lit d'une personne atteinte de blennorrhagie.

3° Symptomatologie

Ainsi que nous l'ont montré les observations précédentes, le pus des urétrites blennorrhagiques du petit garçon est généralement purulent. Il est jaune, verdâtre et, comme chez l'adulte, il forme sur la chemise des taches plus ou moins empesées. Le plus souvent, le gland n'est pas à découvert; lorsqu'on

peut récliner le prépuce, en pressant sur l'urètre d'arrière en avant, on voit s'écouler une quantité parfois très grande de pus très épais, jaune ou verdâtre. Si le prépuce ne peut se renverser, c'est par son orifice qu'on fera sortir le pus.

Peu à peu l'écoulement purulent diminue, la couleur est moins foncée ; puis il perd son aspect purulent et on ne rencontre plus à la pression qu'un liquide muqueux, incolore et peu abondant ; enfin l'écoulement se tarit complètement. Cependant, dans un cas que nous avons rapporté (cas de Viger, obs. XIX) l'écoulement a recommencé alors qu'on croyait le petit malade guéri.

Dans presque tous les cas, au moment de la période aiguë, il y a un œdème plus ou moins prononcé du prépuce. Le pus vient alors stagner entre le gland et le prépuce, irrite la muqueuse balano-préputiale et produit quelquefois un phimosis. Cet œdème du prépuce est très fréquent chez le petit garçon.

Le gland et le prépuce sont généralement rouges ; le gland devient turgescent ; les bords du méat sont d'un rouge plus vif et sont très gonflés.

La verge peut avoir un développement plus grand qu'à l'ordinaire, et l'enfant paraît être alors dans un état de demi-érection (cas de Lazard, obs. XVIII).

Dans la plupart des cas, la miction est plus ou moins douloureuse pendant la période aiguë. Si on se rapporte au cas de Viger, on lira que la miction était devenue si douloureuse, qu'une demi-heure à l'avance, l'enfant poussait des cris, retenait l'émis-

sion d'urine le plus qu'il pouvait et pleurait longtemps après (Obs. XIX. Viger).

Comme chez l'adulte, la verge de l'enfant peut entrer fréquemment, surtout la nuit, en érection douloureuse (cas de Bouillet, obs. V. — Rôna, obs. XIII, obs. XXIX. Lop, obs. XXI, etc.).

Chaumier a enfin noté dans une observation de l'incontinence d'urine qui existait depuis le commencement de la maladie de l'enfant (environ 1 mois). Cette incontinence disparut sous l'influence du traitement : une cuillerée à café par jour de créosotal (Chaumier, obs. XX).

4° **Marche. — Durée**

La blennorrhagie de l'enfant évolue le plus souvent comme celle de l'adulte. Le léger écoulement et la douleur du début vont en augmentant, atteignent leur maximum, puis disparaissent peu à peu. L'écoulement peut cependant durer longtemps encore après la cessation de toute douleur (cas de Chaumier).

Il est bien difficile de fixer la durée totale de ces blennorrhagies. Nous avons vu par les différentes observations citées que la durée pouvait être de 4 à 6 semaines, plus souvent 2 et 3 mois. Enfin Moncorvo aurait observé chez un enfant de 10 ans un cas de blennorrhagie qui datait de près de deux années.

5° **Complications**

La blennorrhagie des petits garçons peut guérir

sans laisser de traces, mais assez souvent de même que chez l'adulte, elle présente des complications quelquefois fort graves.

COMPLICATIONS SUR L'APPAREIL GÉNITO-URINAIRE.

a) *Œdème du prépuce. Lymphangite.* — Aucun auteur ne cite de blennorrhagies diverticulaires, celles-ci existant particulièrement chez les hypospades, ni de folliculites, ni d'abcès puri-urétraux. Par contre, l'œdème du prépuce est fréquemment constaté et par suite le phimosis. Rôna a cité de nombreux cas de lymphangite de la verge (obs. XII, obs. XXIX); et des observations d'adénite inguinale ont été aussi rapportées (Bouillet, obs. V. — Rôna, obs. XXXI. — Straus, obs. XXXV).

b) *Urétro-cystite.* — Ainsi que nous l'avons vu, l'urètre postérieur est très souvent envahi par la blennorrhagie et il s'ensuit quelquefois de l'urétro-cystite. Rôna a cité plusieurs cas avec cette complication (obs. XXIX et XXXVII). Le malade de Viger était aussi atteint de cystite (Viger, obs. XIX). Enfin, Moncorvo a constaté de la cystite chez un petit garçon âgé de 10 ans dont la blennorrhagie datait de plus de 2 ans.

c) *Epididymites.* — L'épididymite, complication très fréquente chez l'adulte, ne semble pas être très souvent observée chez le petit garçon. Cela tient à ce que le testicule n'a pas encore acquis chez l'enfant son plein développement et ses aptitudes fonctionnelles. Cependant, l'épididymite ne semble pas impossible chez les jeunes garçons entre 9 et 14 ans.

Voici une observation d'épididymite blennorrhagique qui paraît certaine: RÔNA a observé, chez un nourrisson de 15 mois, une épididymite double typique avec vaginalite. L'affection dura plusieurs semaines, et le cas fut présenté à la société médicale de Buda-Pesth. Voici le résumé de cette observation :

OBSERVATION XLI

(Rôna)

Urétrite gonococcique. Epididymite double.

M. A..., 15 mois, m'est amené le 19 janvier 1891. On s'aperçut que, depuis 12 jours, le gland était rouge et que l'enfant souffrait en urinant. Depuis 5 jours, il a un écoulement de l'urètre. Le premier jour, son frère, un médecin, remarqua l'écoulement purulent de l'urètre. Les bourses sont œdématisées et les deux testicules sont douloureux. Méat gonflé, bouché, à la pression s'écoule une goutte du pus.

Examen : Du côté droit les bourses sont œdématisées, tendues, transparentes ; l'épididyme droit est de la grosseur d'une noisette, très douloureux ; il y a aussi de ce côté de la vaginalite ; l'épididyme gauche est, aussi, gros et douloureux. En une demi-heure, l'enfant éprouve 4 fois le besoin d'uriner. Il crie et pleure. Dans le pus beaucoup de gonocoques. L'enfant fut traité avec des injections. (?)

Le 26 avril, l'enfant est guéri ; sur l'épididyme droit reste une induration de la grosseur d'un pois ; le testicule gauche est normal.

Rétrécissement de l'urètre. — Nous avons vu que dans plusieurs cas, il se produisait au moment de l'écoulement blennorrhagique une inflammation du

méat. Cette inflammation, quand elle se prolonge et gagne la profondeur, peut devenir l'occasion d'une cicatrice. C'est ainsi que Van Arsdale a observé à la suite d'un eczéma du méat un rétrécissement de cet orifice; mais plus grave est le rétrécissement se produisant sur un point quelconque de la longueur de l'urètre.

Rappelons nous le cas de Kammer, ce petit malade de 2 ans 1/2 qui, 6 mois après sa blennorrhagie, fut pris d'une rétention d'urine avec rétrécissement, ne laissant pas passer la sonde même la plus fine. Les ponctions de la vessie furent répétées pendant trois jours. Le cathétérisme démontra la présence de trois rétrécissements antérieurs et d'un rétrécissement infranchissable au niveau de la portion membraneuse. Les rétrécissements antérieurs furent sectionnés par l'urétrotomie interne et le rétrécissement profond fut traité par l'urétrotomie externe. Huit jours après l'opération, les urines passaient par l'urètre.

Bokay a constaté un rétrécissement de l'urètre chez un enfant de 11 ans dont les antécédents lui apprirent que le malade, une année auparavant, avait souffert pendant 2 mois d'une urétrite.

Rôna eut aussi à pratiquer le cathétérisme chez deux adultes qu'il avait soignés pour une urétrite, durant leur enfance. Tous deux présentaient un rétrécissement de l'urètre; chez l'un d'eux, le rétrécissement siégeait derrière la fosse naviculaire (Obs. XV).

COMPLICATIONS A DISTANCE DE LA BLENNORRHAGIE URÉTRALE CHEZ LE PETIT GARÇON. — *a) Rhumatisme blennorrhagique.*— Il y a quelques années encore, le rhumatisme blennorrhagique passait pour ne pas exister chez les enfants. De nombreuses observations, surtout chez les petites filles, ont cependant démontré qu'il pouvait exister à tout âge et qu'il ne différait généralement pas de celui qu'on pouvait observer chez l'adulte. Plusieurs cas de rhumatisme blennorrhagique ont été observés chez des petits garçons à la suite de conjonctivite purulente; mais nous n'avons pu recueillir qu'une observation de rhumatisme à la suite de l'urétrite blennorrhagique.

OBSERVATION XLII

(VANUXEM)

Louis S..., âgé de 4 ans 1/2, entre le 27 avril 1883, à l'hôpital.

Il n'a jamais eu de douleurs articulaires. On ne note dans ses antécédents qu'une rougeole, suivie d'une bronchite dont il guérit parfaitement.

Il y a cinq jours, il a été pris de douleurs dans le genou droit. Gonflement, chaleur, douleur à la pression et aux mouvements, impotence du membre qui reste dans l'extension, maximum de douleur au niveau de l'articulation : on pose le diagnostic d'arthrite.

L'examen des différents viscères et de l'état général ne donnant aucun renseignement, c'est du côté de l'appareil génito-urinaire qu'on dirige les recherches.

Du méat urétral sort une goutte de liquide verdâtre qui rappelle le pus de la blennorrhagie. On y trouve, du reste, des

gonocoques de Neisser. On rattache donc cette arthrite à la blennorrhagie.

Le traitement institué est le repos avec immobilisation dans la rectitude, compression ouatée et teinture d'iode.

Le 20 mai, l'enfant est à peu près guéri.

Le 25 mai, il marche en boitant à peine et il est évident que, par l'exercice, son articulation reprendra tout à fait son état normal.

Ainsi qu'on peut s'en rendre compte, par cette observation, les phénomènes locaux sont souvent très violents.

Le gonflement et la rougeur sont énormes comme chez l'adulte. La tuméfaction peut occuper à la fois les tissus articulaires, péri-articulaires et les gaines tendineuses au point de doubler le volume du pied par exemple. Souvent on trouve une hydarthrose assez abondante.

L'impotence du membre est aussi plus ou moins, complète.

On peut constater une élévation de la température locale. Guinon a noté 35°2 pour l'articulation malade, et 29°8 pour le côté sain. Darier a trouvé 39° du côté malade. La fièvre, loin d'être constante, peut quelquefois être assez élevée :

On a observé des températures de 39°5. Elle apparaît, le plus souvent, chaque fois que le rhumatisme gagne une nouvelle articulation, car le rhumatisme ne reste pas toujours mono-articulaire ; il peut devenir poly-articulaire sans même que

l'invasion nouvelle s'accompagne du dégagement des articulations atteintes les premières. C'est généralement dans le cours de l'infection de la première à la troisième semaine que se manifestent les lésions articulaires, ce qui les différencie avec celles de l'adulte qui peuvent survenir à toutes les périodes de la maladie, mais surtout au moment de la recrudescence. La durée de l'affection varie entre 5 et 50 jours; ce sont là les limites extrêmes. On a noté des durées de 10, 15 jours, 3 semaines, 5 semaines, 40 jours.

L'ankylose n'a pas été observée, mais on a pu constater de la raideur de l'articulation.

On a signalé deux cas de suppuration de l'articulation et un cas d'atrophie du membre qui céda à l'électrisation.

Quoique plus bénin chez l'enfant que chez l'adulte, le rhumatisme blennorrhagique nécessite des soins pour éviter la fâcheuse ankylose.

Il faut tout d'abord diriger le traitement contre le foyer primitif de l'infection gonococcique, puis on agira localement sur l'arthropathie qui cède en 8 à 15 jours à l'immobilisation et à la compression ouatée.

Ainsi les travaux cliniques et bactériologiques montrant la possibilité et la fréquence de la blennorrhagie chez l'enfant, permettent de rattacher à leur véritable cause : l'infection gonococcique, toute une série d'affections articulaires du jeune âge sur la nature desquelles on restait forcément indécis autrefois.

b) Ophtalmie purulente. — L'ophtalmie purulente est très fréquente dans l'enfance aussi bien chez le

garçon que chez la fille. Elle peut survenir à la suite de la blennorrhagie urétrale. Il suffit que l'enfant se frotte les yeux avec les doigts imprégnés de pus.

Pour en finir avec les complications, nous ajouterons que l'urétrite blennorrhagique peut encore amener, bien rarement il est vrai, comme complications infectieuses : l'endocardite, la péricardite, la pleurésie, la myalgie.

ISNARTI a rapporté le cas d'une petite fille de 10 ans qui, à la suite de blennorrhagie, avait présenté ces différentes affections. Enfin la chorée qui paraît devoir être toujours précédée d'une maladie infectieuse, pourrait survenir chez un ancien petit blennorrhagique. Il serait souvent intéressant dans les cas de chorée de rechercher ce facteur étiologique.

6° Diagnostic

Le diagnostic de la blennorrhagie chez le petit garçon est généralement facile. Du moins, maintenant, que l'on connaît la possibilité et la fréquence relative de cette maladie ; mais il n'en a pas toujours été ainsi, puisque pendant longtemps les urétrites de l'enfance ont été considérées comme des manifestations diathésiques. Le diagnostic exige l'examen attentif de l'appareil génito-urinaire. Cet examen est quelquefois difficile car le petit malade se présente souvent avec un phimosis, de l'œdème du prépuce et les souffrances que provoque l'examen rendent l'exploration à peu près impossible. Dans tous les cas,

il faut, avant de porter un diagnostic aussi grave que celui de blennorrhagie chez un petit garçon, éloigner toutes les causes d'erreur.

Nous avons vu, en étudiant les urétrites non blennorrhagiques, qu'on pouvait voir des écoulement urétraux succéder aux inflammations banales du gland, à la stagnation souvent forcée d'un smegma impossible à enlever, par suite du phimosis si commun chez l'enfant ou des adhérences préputiales qui existent encore à cet âge. Dans ces conditions, il faut d'abord tenter d'examiner le gland et la meilleure méthode pour y parvenir est d'essayer de renverser le prépuce à la fin d'un bain prolongé ou après 24 à 36 heures de pansements humides renouvelés fréquemment.

Les soins donnés à la balanite amènent assez rapidement une amélioration telle qu'il devient possible d'examiner le méat. Alors seulement on peut se rendre compte d'où vient l'écoulement : souvent un enfant amené avec un soi-disant écoulement urétral ne présente, en effet, qu'une simple balanite de cause commune et les soins de propreté amènent une guérison rapide.

Cependant quand l'écoulement urétral persiste après guérison de la balanite, il faut se méfier de l'existence d'une urétrite vraie qui peut être blennorrhagique.

Un seul moyen permet de trancher la question, c'est l'examen bactériologique du pus. Nous n'avons pas à insister sur les caractères bien connus du gonocoque de Neisser, sur ses propriétés tinctoriales.

Dans tous les cas, nous croyons, toutefois, que pour affirmer la nature blennorrhagique, il ne faut pas se contenter d'un simple examen sur lamelles et nous pensons qu'il faut recourir aux cultures, seul moyen d'affirmer d'une façon absolue la présence du gonocoque.

On sait depuis les travaux de Wertheim, de J. Hallé, combien il est relativement facile d'obtenir des cultures du gonocoque en se servant de milieux toujours faciles à se procurer tels que l'agar additionné d'un tiers de liquide ascitique ou d'agar sur lequel on a étendu une légère couche de sang humain.

Il suffit de se rapporter aux travaux de ces auteurs pour se rendre compte de tout le parti qu'on peut tirer de la culture du gonocoque, comme moyen de diagnostic de cet organisme.

7° Diagnostic étiologique et recherches médico-légales

Nous avons vu que le diagnostic de blennorrhagie nécessitait deux ordres de recherches : l'examen du pus sur lamelles et l'isolement de colonies de gonocoques dans les cultures.

C'est seulement lorsque la bactériologie a permis d'affirmer par ces modes de recherches l'existence d'une blennorrhagie, que l'on peut être amené à faire le diagnostic étiologique de l'affection et de poursuivre, s'il y a lieu, des recherches médico-légales.

Ce que nous savons de l'étiologie de la blennorrhagie chez l'enfant permet, en effet, de supposer que souvent il ne s'agit ni d'attentats à la pudeur, ni de manœuvres criminelles. En tous cas, il faut toujours procéder dans ces recherches avec une extrême prudence et nous avons vu combien l'interrogatoire de l'enfant était souvent difficile et donnait peu de renseignements.

Nous croyons qu'il est indispensable, dans le cas où une personne est accusée d'avoir contaminé un enfant, non seulement de prouver par l'examen et la culture que cette personne est bien atteinte de blennorrhagie, mais encore de s'assurer que dans l'entourage de l'enfant (père, mère, sœur, domestiques, etc.), il n'existe pas une blennorrhagie capable, elle aussi, d'avoir été une source de contagion; l'absence d'un tel cas ne constitue, du reste, aucune preuve positive d'attentat. Seul un flagrant délit bien constaté est une preuve nécessaire, encore n'est-elle pas toujours suffisante.

Dans les observations que nous avons rapportées, cette preuve n'a malheureusement pas toujours été faite et le plus souvent elle était incomplète (cas de Schnell (Obs. XXIII), par ex.). Il est bien certain que l'existence simultanée d'une urétrite gonococcique chez un petit garçon et d'une vulvo-vaginite de même nature chez l'inculpée, constitue une présomption en faveur de l'accusation. Mais il faut se rappeler cependant que nombre de ces urétrites blennorrhagiques sont simplement d'origine vénérienne, mais

non pas criminelle. Ces cas sont dus à des coïts avec des petites filles qui le plus souvent ont été victimes elles-mêmes d'un attentat.

Enfin, il ne faut pas oublier les cas de contagion indirecte familiale ou scolaire. Notons cependant que, vu la disposition de leurs organes génitaux, les petits garçons ne peuvent que, dans des conditions spéciales, se contaminer d'une façon indirecte.

8° **Traitement**

Le traitement de la blennorrhagie chez le petit garçon est prophylactique et curatif.

A) *Prophylaxie*. — Qu'il s'agisse d'urétrites gonococciques ou d'urétrites non gonococciques, la même prophylaxie peut s'appliquer à ces deux sortes d'affections.

Nous avons vu que certaines urétrites blennorrhagiques peu fréquentes d'ailleurs, étaient dues à une contagion familiale scolaire ou hospitalière. Pour ces cas, il faut avertir les parents de la facilité avec laquelle la contagion peut se faire par les éponges, les serviettes, les bains, les cuvettes et les instruire du danger où ils se trouvent de faire la toilette d'un enfant avec ce qui a servi à un père, à une mère, à une sœur ou une domestique atteints de blennorrhagie.

Quant aux lésions de voisinage (balano-posthite, eczéma, impétigo), des soins minutieux de propreté, une surveillance attentive sont indispensables et suffiront à la bonne santé de l'enfant.

On devrait apprendre de bonne heure aux enfants à être soucieux de leur petite personne et les habituer à passer à l'eau et à l'éponge leurs organes génitaux ainsi qu'ils le font pour les autres parties de leur corps.

Malheureusement, par un sentiment de pudeur ridiculement exagéré, dans les familles et dans les maisons d'instruction et d'éducation, on évite encore d'initier les enfants à la toilette intime de ces régions dites « honteuses ». « Et comment pouvons-nous les appeler honteuses, dit M. Queyrat, puisque nous en sommes nés et que nous en faisons naître nos enfants. »

Hélas, même dans nos établissements de l'Etat, on ne s'occupe pas assez de cette hygiène corporelle : toujours ces vieux préjugés, cette fausse pudeur qui font éloigner bien vite des régions génitales, l'éponge salutaire. Le Dr GRELLETY a bien raison de dire qu'on « devrait suivre l'exemple de nos voisins d'outre-Manche et habituer de bonne heure nos jeunes gens comme dans les prytanées des environs de Londres à ne pas rougir niaisement devant certain meuble quadrupède qui devrait se retrouver dans tous les intérieurs ».

Cependant, depuis quelques années à Paris et dans les grands centres, les idées hygiéniques ont tendance à pénétrer. On commence dans les familles à apprendre aux enfants à faire une toilette entière de leur corps.

Tous ces soins de propreté peuvent éviter aux

petits et aux grands garçons les accumulations de smegma qui sont le point de départ de chatouillements, de prurits, de reflexes génitaux qui aboutissent à l'onanisme.

Une seconde indication de la prophylaxie est de s'appliquer à la direction de l'instinct sexuel. « L'ignorance, dit M. Ferré est le terrain le plus favorable au développement du vice ». Les parents devraient faire eux-mêmes, à leurs enfants, l'éducation et la moralisation de l'idée sexuelle au lieu de laisser aux camarades, aux domestiques ou aux gouvernantes, le soin de les instruire ; d'autant que pour cette instruction, ce sont les plus pervers qui ont le plus de tendance à parler et à agir.

Des notions justes relatives à la fonction sexuelle inspireraient aux enfants l'horreur de l'impureté et de ses conséquences. Toutefois, ces avis paraissent hors de propos, tant que l'instinct sexuel n'est pas éveillé. Pour éviter alors l'éveil de l'idée sexuelle avant la puberté, il faut éloigner l'enfant de tout spectacle qui puisse attirer son attention sur une fonction qu'il ignore. L'enfant, en effet, imite les gestes avant de comprendre la parole ; il reste plus sujet à l'influence de l'exemple qu'à celle du conseil.

Nous avons vu, en rapportant les nombreuses observations de blennorrhagie chez les petits garçons, combien étaient fréquentes les contagions par rapports sexuels et attentats à la pudeur. Aussi en dégagerons-nous les préceptes suivants relatifs à

l'hygiène et à la prophylaxie des maladies vénériennes chez l'enfant.

1° Sous aucun prétexte des enfants de sexe différent ne doivent coucher ensemble.

2° Autant qu'il est possible, il faut éviter que les domestiques, les gouvernantes, les parents eux-mêmes ne prennent les enfants dans leur lit.

3° On recommandera aux parents dont l'enfant est atteint de blennorrhagie, de bien veiller à ce qu'il ne porte pas à ses yeux ses doigts souillés de pus; pour ce faire, on évitera que le petit malade ne touche ses organes génitaux; la personne chargée de lui prodiguer des soins prendra elle-même les plus grandes précautions pour éviter l'ophtalmie purulente.

Il faut donc, en résumé, pour ce qui est de l'hygiène de l'enfance, compter sur l'éducation individuelle, le tact des parents et faire appel à la sollicitude éclairée des personnes qui prennent soin des enfants. Leur conduite vis-à-vis d'eux, toujours soucieuse de la pure morale, doit savoir s'inspirer des circonstances, et s'adapter à l'âge, au milieu, et enfin au développement intellectuel des jeunes sujets qui leur sont confiés.

b) Traitement curatif. — Le traitement curatif de la blennorrhagie chez le petit garçon s'inspire des mêmes considérations que celles qui président à la thérapeutique de la blennorrhagie chez l'adulte.

Si on se rapporte aux observations publiées, on voit que les différents auteurs ont employé divers traitements.

Kammer a fait des injections de sublimé à 1/8000^{ème}.

Variot a soumis son malade au régime lacté, avec 2 gr. par jour de bicarbonate de soude et en outre 2 gr. d'opiat (cubèbe et copahu).

Lazard fit des injections au permanganate de K et donna du salol à l'intérieur.

Les auteurs allemands ont souvent employé des injections de sulfate de zinc à 0,05 ou 0,10 p. 100. Tous ces traitements ont donné de bons résultats, et pour résumer, l'on peut dire que chez l'enfant le traitement est le même que chez l'adulte.

On pourra donc conseiller :

1° Les *balsamiques*, qui conviennent tout spécialement chez les enfants âgés de moins de 3 ans. — On proportionnera les doses suivant l'âge du petit malade (2 à 5 grammes).

Les formules suivantes sont une bonne façon d'administrer les balsamiques aux $\frac{1}{2}$ petits garçons :

1° Extrait de cubèbe	1 partie
Poudre de sucre	7 parties
Poudre de gomme	2 parties

4 cuillerées à café par jour, dans un peu d'eau (Berdal).

2° Copahu solidifié officinal 50 centigrammes.

Cubèbe 20 centigrammes.

Pour une pilule. A 4 ans, 4 par jour dans de la confiture.

2° Au-dessus de trois ans $\frac{1}{2}$ et $\frac{1}{2}$ lorsque la période aiguë a disparu, on peut employer, comme chez l'adulte, les grands lavages au permanganate de K. Il faut se servir de doses faibles, faire le lavage de l'urètre antérieur avec 150 gr. de la solution à 0,12

ou 0,25 p. 1000 et n'injecter dans la vessie que 60 gr. de liquide.

3° Enfin, on pourra employer les injections de sublimé au 1/25000; le salol administré à l'intérieur à la dose de 1 à 2 gr. par jour de 3 à 5 ans et de 2 à 3 gr. de 5 à 10 ans.

Il est bien entendu que ce traitement sera complété par le repos au lit, et des grands bains fréquemment renouvelés.

Quant au traitement des diverses complications, il sera le même que chez l'adulte.

CONCLUSIONS

Il existe chez le petit garçon deux sortes d'urétrites.

I. — Les urétrites non gonococciques.

II. — Les urétrites gonococciques.

I. — **Urétrites non gonococciques**

Suivant l'étiologie des urétrites non gonococciques, il faut les distinguer en :

1° *Urétrites tuberculeuses*. — L'urétrite tuberculeuse est rare, encore peu connue, elle peut apparaître comme localisation primitive de la tuberculose chez l'enfant et peut se compliquer de fistules, de rétrécissements. Lorsque cette affection est diagnostiquée de bonne heure et qu'elle ne succède pas à une tuberculose génito-urinaire étendue ou à une granulie, elle peut guérir. L'écoulement séro-purulent permet de déceler le bacille de Koch.

2° *Urétrites de cause externe*. — Les urétrites de cause externe peuvent être liées aux corps étrangers

dans le canal et aux lésions inflammatoires du gland et du prépuce.

3° *Urétrites diathésiques*. — Les urétrites diathésiques lymphatisme, arthritisme, herpétisme dont l'urétrite goutteuse est le type, peuvent s'observer chez l'enfant.

II. — Urétrites gonococciques

A. — Plus fréquentes qu'on ne le suppose, les urétrites gonococciques peuvent se montrer à peu près à tous les âges.

Le mode de contamination est variable ; il résulte :

1° De rapports sexuels ou de tentatives de rapports sexuels chez des enfants dont le sens génital est développé prématurément.

2° D'attentats à la pudeur ou d'excitation de mineurs à la débauche.

3° Le gonocoque de Neisser peut être déposé au niveau du méat par suite d'une contagion tout à fait fortuite due au contact indirect d'un enfant avec une personne contaminée.

4° La contagion indirecte familiale ou scolaire n'est pas impossible ; elle est certaine chez la petite fille pour la vulvo-vaginite et rien ne permet de la rejeter chez le petit garçon.

B. — Les *symptômes*, la *marche de l'affection*, les *complications* sont les mêmes que dans la blennorrhagie de l'adulte.

C. — Le *diagnostic* devra toujours être confirmé par la recherche du gonocoque de Neisser et la culture de cet organisme.

D. — Même dans le cas où par ces moyens, la blennorrhagie est confirmée, si une personne est accusée d'avoir commis un attentat il faut bien s'assurer que l'enfant n'a pas pu se contaminer de toute autre façon. On doit apporter dans ces recherches une extrême prudence et ne conclure à l'attentat que lorsque le flagrant délit est bien constaté.

E. — Le *traitement* des urétrites des petits garçons est *prophylactique et curatif*.

La prophylaxie doit s'inspirer des préceptes généraux de l'hygiène ; elle doit également être d'ordre moral : éducation et moralisation de l'idée sexuelle par les parents ou les éducateurs.

Quant au traitement curatif, il est le même que chez l'adulte.

Vu :
Le Professeur :
HUTINEL.

Vu :
Le Doyen :
DEBOVE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris :
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ABBLE-ROBERT. — *New-York Méd. Journ.* Déc. 1893.
- BAGINSKY. — *Traité des Maladies des Enfants*. Trad. Guinon, tome II, p. 504.
- BARTHÉLEMY. — *La clinique infantile*, 1^{er} mars 1903, n° 1, page 24.
- BERNARD (P.). — Attentats à la pudeur sur les petites filles. *Th.* Lyon, 1886.
- BIERBAUM. — *Journ. für Kinderkrankheiten*. Vol. XXXI.
- BOKAY. — *Gerhardt's Handbuch der Kinderheilkunde*. 1878, vol. IV, chapitre 3.
- BOSC (P.). — Le gonocoque. *Th.* Montpellier 1893.
- CAPURON. — *Traité des Maladies des Enfants*, 1813.
- CHAUMIER (ED.), de Tours. — *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, nos 28-29-30. Année 1895.
- COMBY. — *Revue des malad. de l'enfance*. Janv. 1892.
- CSERI (J.). — Elölíges Közlemény flük urethritikus valadékokban talált göröcsői blethol. — *Orvosi hetil.* Budapesth, 1886, XXX p. 34. *Wien méd. Presse* 1886. XXVII, p. 408-410.
- DECROZILLES. — *Manuel de path. et de clin. infantiles*, Paris, 1870.

FAITOUT. — Uréthrite par masturbation. — *Press. méd.* 1896, p. 63.

— Des Uréthrites non gonococciques. *Gazette des hôpitaux* 1896, p. 99.

FÉRÉ. — Evolution et Dissolution (Paris, F. Alcan, édit).

FISCHER. — Münchener medicinische Wochenschrift, 18 nov. 1902, p. 1917 et suiv.

FLEISCHMANN (L.). — Masturbation et onanisme chez les nourrissons.

(Analyse in *Annales d'Hyg. pub. et de méd. légale*, 3^e série, p. 881, t. V.).

GIVÉL. — *Revue médicale de la Suisse romande*, 1897, 20 nov. n^o 11, p. 1719,

GRANCHER. — *Traité des maladies de l'Enfance*, tome III, p. 454 à 465.

GRANWAL. — *New-York méd. Journ.* Juin 1893.

GRELLETTY (de Vichy). — De l'hygiène des pensionnats, page 61,

GUIARD. — *Ann. des malad. des org. genit. urin.* mai 1897, p. 448.

HALLÉ et MOTZ. — Tuberculose de l'urèthre. *Ann. des Mal. des org. gén. ur.* 1902-1903.

HARRIS FRASER. — *Glasgow. méd. Journal*, février 1894.

HOLMÈS. — *Thérap. des malad. chirurgicales des enfants*. Trad. Larcher. Paris, 1870.

HUNTER et SWIEDAUR. — *Traité sur la maladie vénérienne*. — 1786.

ISAAC. — *Annals of gynecology and pediatry*. Décemb. 1898. Vol. XII, p. 189.

ISNARDI. — *Acad. de méd. de Turin*, 24 fév. 1894.

- JACCOUD. — Nouv. dict. de méd. et de chir. prat. Art. Blennorrhagie. A. Fournier.
- KAMMER. — *New-York medical Journal*, 1890, p. 666.
- KOPLIK. — *New-York méd. Journal*, 21 juin 1890.
- Uréthrites in boys. J. Cutan. et génito urin, Dis. New-York, 1893, Tome X, 249-263.
- LABATT. — Case of rheumatic uréthritis in achild. Dublin, Med. Press, 1861. X-VI, p. 44.
- LEGENDRE. — Un cas d'urétrite goutteuse. *Journal de méd. de Paris*, 1893, p. 130.
- LEGRAIN (E.). — Etiolog. des urétrites non blenn. *Annales des mal. d. org. gén. urin.*, Paris 1889. T. VII, p. 337-345.
- LOP (P. A.). — Attentats à la pudeur commis par des femmes sur des petits garçons. *Th. Lyon*, 1895.
- MINGUET (P.). — De la pluralité des uréthrites. Paris 1892.
- MINIME. — Etudes de psychopathie sexuelle. *Journal de médecine de Paris*, 9 juin 1895.
- MOIZARD et BACALOGLU. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1900, p. 675.
- MONMONT. — Arthrites gonococciques de l'enfant. *Thèse Bordeaux*, 1897.
- MONCORVO, de Rio-de-Janeiro. — Rhumat. blenn. chez les enfants. *Médecine infantile*, 1894.
- NOGUÈS (P.). — *Annales des malad. des org. gén. urin.* 1898, page 569.
- PATISSIER. — *Dictionnaire des sciences médicales*, 1824.
- PANICHI RODOLFO. — *La Settimana medica dello sperimentale* Juin 1898, n° 25.
- PETIT et WASSERMANN. — Micro-organismes de l'urètre normal. *Ann. des malad. des org. gén. urin.* 1891, page 378.

- RAYER. — *Mémoires sur les inflammations non virulentes de la membrane muqueuse des organes de la génération chez les enfants*. 1821, p. 12 et 13.
- RICHARDIÈRE. — Rhum. blenn. dans l'enfance. *Société méd. des hôpitaux*, 20 oct. 1893, *Journal de clinique infantile*, 1^{er} novembre 1893.
- RILLIET et BARTHEZ. — *Traité des maladies des enfants*, 1853. Tome II, p. 128.
- RÔNA (S). — *Über Aetiologie and Wesen der urethritis catarrhalis der Kinder männlichen Geschlechtes*. *Arch. für Dermatologie u. Syph. Wien und Leipzig*, 1893, T. XXV, p. 149-164.
- ROUSSEAU DE SAINT-PHILIPPE. — *De l'uréthrite provoquée par les préparations arsénicales*. *Gaz. méd. de Bordeaux*, 1877, VI, p. 523-526.
- SÉE MARCEL. — *Le Gonocoque*, Paris 1896, p. 102.
- SEIFFERT. *Jahrbuch für Kinderheilkunde*. 1896.
- STEKEL (W.). — *Etude de psychopathie sexuelle*. *Wiener Medizinische Blätter*, 18 avril 1895.
- STRAUS. — *Archives de médecine expériment. et An. path.* mars 1899.
- TARDIEU. — *Attentats aux mœurs*, p. 193.
- THIRY. — *Bulletin acad. roy. de méd. de Belg.* Bruxelles, 1884. 765-769.
- VARIOT et LAZARD. — *Journ. de clinique et de thérap. inf.* 3 mai 1894.
- VIBERT et BORDAS. — *Le gonocoque en méd. lég. Médecine moderne*, 1891.
- *Bulletin de l'Acad. de médecine*, 12 août 1890.
- VIBERT et DESCOUTS. — *Société de médecine légale*, 1893.
- VIGER. — *Journal des connaissances médicales*, 19 juillet 1894,

VIGNAUDON. — Arthropathie blennorr. chez l'enfant. *Th.* de Paris, 1893.

VANUXEM. — Rhumatisme blennorrhagique chez l'enfant. *Thèse* de Paris 1895.

VAN ARSDALE. — Acad. de Méd. de New-York. Séance du 10 novembre 1896.

WERTHEIM. — Reinzüchtung des Gonokoccus Neisser mittels des Plattenverfahrens. *Deutsche med. Wochens.* 10 décembre 1894, tom. XVII, p. 1551.